Rok XLIV. Kraków 29 Lipca 1905. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Stanowisko psychiatryi w rzędzie innych nauk lekarskich, oraz nowoczesne jej zadania i cele.

Wykład wstępny, wygłoszony dnia 16 maja 1905 roku

przez

Prof. Dra Jana Piltza

przy otwarciu katedry psychiatryi i neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

Choroby umysłowe istnieją tak dawno, jak dawno istnieje ród ludzki. Tylko zapatrywania na istotę chorób umysłowych zmieniały się stosownie do ogólnych pojęć, panujących w różnych epokach.

W starożytności patrzono na obłąkanych, jako na ludzi, znajdujących się pod wpływem sił nadprzyrodzonych, jako na natchnionych przez bogów. Stosownie do tego odnoszono się też do nich ze współczuciem, albo otaczano ich czcią, a nawet modlono się do nich.

W wiekach średnich widziano w obłąkanych ludzi, opętanych przez złego ducha; a na czarownice, wśród których niezaprzeczenie było wiele kobiet umysłowo chorych, patrzono jako na istoty, pozostające dobrowolnie w stosunkach z djabłem. Stosownie do tych zapatrywań obchodzono się też z umysłowo chorymi w tych czasach okrutnie — opętanych egzorcyzmowano i poddawano najrozmaitszym torturom w celu wypędzenia z nich złego ducha, a czarownice palono na stosach.

W późniejszych czasach wpływ rozmaitych spekulacyjno-psychologicznych zapatrywań na istotę chorób umysłowych uwidoczniał się w stosowaniu do nich środków terapeutycznych, jak worek, kręcąca się huśtawka (*Drehschaukel*), tretrada, trumna i zimny natrysk, zapomocą których starano się wywierać na umysłowo chorych pewien wpływ psychiczny w celach leczniczych. A więc i wtedy jeszcze chorych męczono, ale już nie z barbarzyństwa, a tylko w najlepszej wierze i w zamiarze ich leczenia.

Na szczęście tego rodzaju terapia nie utrzymała się długo. Wszystkich tego rodzaju środków i przyrządów leczniczych wkrótce zaniechano; chociaż z drugiej strony stosowanie u chorych podnieconych zwyczajnych mechanicznych środków krępujących, n. p. krępującego kaftana (*Zwangsjacke*), jeszcze przez dziesiątki lat uważano nietylko za rzecz nieodzowną, ale nawet i za bardzo pożyteczną ze względów leczniczych.

Właściwie dopiero od czasu powstania specyalnych zakładów pod zwierzchnim zarządem lekarzy rozpoczyna się prawdziwie przyrodniczy kierunek w badaniu umysłowo chorych i w sposobach obchodzenia się z nimi.

Pierwszy taki zakład powstał w Anglii pod nazwą zakładu St. Łukasza w drugiej połowie XVIII stulecia. Prawdziwi zaś lekarze psychiatrzy pojawiają się dopiero w końcu XVIII wieku. Od tego czasu też datuje się nowa era w psychiatryi, która dzięki usiłowaniom i zabiegom takich uczonych i filantropów, jak Pinel, Chiaruggi, William Tuke i Langermann, rozpoczęła się przedewszystkiem od uwolnienia umysłowo-chorych z łańcuchów i kajdan, oraz z pod bata. A najnowszy system no-restreint, znoszący wogóle wszelkie przymusowe środki, krępujące swobodę ruchów u umysłowo chorych, zainicyował i wprowadził w życie w połowie zeszłego stulecia, — a więc nie dawniej, jak 50 lat temu, — angielski psychiatra Conolly.

Podstawą nowoczesnej psychiatryi, jako nauki przyrodniczej, opartej na doświadczeniu, zbieranem drogą spostrzegania u łóżka chorego, jest zapatrywanie i fakt, że tłem organicznem wszystkich czynności psychicznych jest mózg; że wogóle każdej zmianie w stanie naszej świadomości towarzyszy pewna zmiana w ośrodkowym układzie nerwowym i że choroby umysłowe są tylko objawem pewnych patologicznych zmian w mózgu. Dowodzi tego porównawcza anatomia mózgu u zwierząt, a z drugiej strony patologiczna anatomia chorób umysłowych, a w szczególności zaś zboczeń rozwojowych.

Dla należytego pojmowania chorób umysłowych niezbędnem jest poznanie podstawowych zasad psychologii; dla psychologii zaś nieodzowną jest gruntowna znajomość anatomii i fizyologii mózgu. Budowa mózgu dorosłego człowieka jest jednak tak bardzo zawikłana, że poznać ją i zrozumieć można tylko, badając filogenetyczny i ontogenetyczny rozwój mózgu [1]), do czego (*phylogenesis*) dochodzi się badaniem budowy mózgu u różnych zwierząt, a z drugiej strony poznaniem embryologii mózgu. To samo odnosi się również i do fizyologii: badania bowiem z fizyologii kory mózgowej u zwierząt, stojących na różnych szczeblach filogenetycznego rozwoju i badania z fizyologii kory mózgowej nowonarodzonych, rzucają olbrzymie światło na fizyologię mózgu człowieka.

Tak samo zupełnie rzecz się ma i z psychologią. Objawy psychofizyologiczne i psychologiczne, w ściślejszem tego słowa znaczeniu, są u człowieka tak powikłane, że dla właściwego zrozumienia ich powinniśmy również zwrócić się do porównawczej psychologii, t. j. do badania objawów psychicznych u zwierząt, u różnych ras ludzkich, a także i u dzieci.

[1]) T. j. badając rozwój rodzajowy (*phylogenesis*) i jednostkowy (*ontogenesis*) mózgu.

Słuchacze, przystępujący do wykładów z dziedziny psychiatryi, posiadają zazwyczaj dostateczne wiadomości z anatomii i fizyologii mózgu. Chodzić więc będzie tylko o właściwe zastosowanie tych wiadomości w szczególności do psychiatryi. Zupełnie inaczej rzecz się ma z psychologią. W tej dziedzinie nie posiadają oni zazwyczaj zgoła żadnego przygotowania. Stanowi to ogromny brak w dzisiejszych naszych studyach lekarskich. Wszak udział psychiki (sfery psychicznej) w powstawaniu wielu chorób jest dziś ogólnie uznany — a psychoterapia odgrywa dziś w leczeniu bardzo wielu chorób pierwszorzędną rolę. Wreszcie związek pomiędzy psychologią (względnie psychofizyologią) a psychiatryą jest zupełnie taki sam, jaki zachodzi pomiędzy fizyologią a kliniką wewnętrzną, z tą tylko różnicą, że wykład fizyologii jest przedmiotem obowiązującym, a wykładów z dziedziny psychologii w Wydziale lekarskim niema wcale. Miejmy jednak nadzieję, że w przyszłości psychologia zajmie w nauce medycyny należne jej stanowisko, na równi z anatomią i fizyologią. W dzisiejszych warunkach wstęp do psychiatryi z konieczności będzie musiał być poświęcony zaznajomieniu słuchaczów, chociaż w najogólniejszych zarysach, z głównemi zasadami psychologii.

Głównem zadaniem psychiatryi pozostanie naturalnie badanie umysłowo chorych i wynalezienie i wypracowanie odpowiednich metod ich leczenia.

Metody badania, któremi posługujemy się w psychiatryi, mają ogólny charakter metod badania przyrodniczego, chociaż, co prawda, zastosowanie jakichkolwiekbądź ścisłych metod lub przyrządów mierniczych do badania władz umysłowych jest dziś jeszcze bardzo ograniczone. Najgłówniejszym dzisiaj środkiem badania psychiatrycznego jest obserwacya — czyli, że przyrządem, zapomocą którego badamy objawy rozstroju psychicznego u umysłowo chorych, jest własny nasz mózg, własna nasza głowa. A więc im lepiej będzie ona zrównoważona i w odpowiednim kierunku do przedmiotowego badania przygotowana, tem wynik tego badania będzie bardziej zbliżony do prawdy.

Zastanówmy się teraz nad tem, na co należy głównie zwracać uwagę przy badaniu chorego, ażeby wykryć istniejącą u niego chorobę umysłową i gruntownie ją zbadać. Ażeby odpowiedzieć na to pytanie, wystarczy zdać sobie sprawę z tego, jakie objawy naszego życia zależą od stanu naszych władz psychicznych? — Stosunki nasze z ludźmi regulujemy zapomocą uświadomionej czynności duchowej; nic dziwnego więc, że choroba umysłowa uwidocznia się przedewszystkiem w zmienionem zachowaniu się chorego względem innych ludzi. Wszak żadna inna grupa chorób nie wkracza tak głęboko w nasze stosunki rodzinne i społeczne i nie wywiera tak wybitnego wpływu na nasz sposób życia i zachowania się, jak choroby umysłowe. Wynika to stąd, że wpływ i znaczenie sfery psychicznej uwydatnia się niemal we wszystkiem: czy to będzie wychowanie dzieci i nauka szkolna, czy taki lub inny sposób życia i postępowania w ogóle, czy idzie tu rzecz o nasze pojęcia religijne, polityczne i etyczne, o nasze dążenia, o wybór tego lub innego zawodu i pracy w obranym zawodzie; czy o działalność deputowanego w parlamencie, czy o twórczość pisarską i poetycką, czy o uczucia nasze i miłość, o stosunki rodzinne i towarzyskie, wreszcie o zabawy i rozrywki, wszak wszystko to jest wyrazem i treścią naszego życia psychicznego. Jeżeli więc sfera psychiczna tak wszechwładnie panuje nad całem naszem życiem, bo przecież panuje ona także i nad fizyologicznemi czynnościami całego naszego ustroju, to nic dziwnego, że choroby umysłowe, polegające na pewnych wrodzonych nieprawidłowościach lub nabytych zmianach naszych władz umysłowych, muszą przejawiać się we wszystkich szczegółach naszego życia i im bardziej społeczeństwo, do którego chory należy, wyżej stoi pod względem kultury i im chory był bardziej wykształcony i im rozleglejsze posiadał stosunki z ludźmi, tem wyraźniej zarysowuje się każde jego zboczenie psychiczne i pociąga za sobą poważniejsze skutki.

Najwyraźniej uwydatnia się choroba umysłowa w zwykłych warunkach, to jest wtedy, gdy chory posiada jeszcze zupełną swobodę działania, czyli przed wstąpieniem jego do szpitala. Dlatego też w y w i a d y mają dla nas tak wielkie znaczenie. Z chwilą bowiem wstąpienia chorego do szpitala, cały szereg objawów natychmiast się zaciera — w zależności od nowych warunków szpitalnych, ograniczających w wysokim stopniu swobodę działania chorego. Tak np. rozrzutność cierpiącego na porażenie postępujące możemy obserwować prawie jedynie przed wstąpieniem jego do szpitala.

Zebrawszy drogą w y w i a d ó w od rodziny chorego dokładne dane co do dziedziczności, co do przeszłości chorego i co do postępowania jego od czasu wystąpienia pierwszych objawów rozstroju psychicznego, przystępujemy do badania stanu umysłowego chorego.

Badanie psychiatryczne składa się:

1⁰ z badania stanu psychicznego;

2⁰ z badania stanu fizycznego czyli cielesnego.

Z wejrzenia chorego, z wyrazu jego twarzy, z jego zachowania się, z treści i tonu jego mowy, z odpowiedzi na zadawane mu pytania — wnioskujemy o jego stanie psychicznym. Zwykłe pytanie, jakie stosujemy zazwyczaj do wszystkich chorych — „co ci dolega?“ — nie prowadzi tutaj do żadnego celu dlatego, że w większości przypadków umysłowo chorzy wcale nie uważają siebie za chorych i nie zdają sobie zupełnie sprawy z tego, o co nam chodzi, gdy się ich pytamy — „co im dolega?“ — Najpewniejszą, chociaż nie najkrótszą drogą badania umysłowo chorego jest poprowadzenie rozmowy z nim w taki sposób, ażeby chory sam odpowiadając na nasze pytania, był zmuszony opisać nam swoją przeszłość. — Zbliżając się w rozmowie z chorym, stopniowo do okresu jego życia z ostatnich kilku lat, miesięcy lub dni, przy pewnej wprawie i uwadze zazwyczaj dochodzimy do wykrycia objawów choroby umysłowej.

Drugą niezbędną część badania psychiatrycznego stanowi badanie cielesne. Choroba umysłowa, jak wiemy, jest chorobą mózgu. Badanie jednak tego narządu przy pomocy obmacywania, opukiwania i osłuchiwania dla łatwo zrozumiałych powodów, nie daje nam żadnych wyników. Jedynie tylko badając dno oka przy pomocy wziernika ocznego, możemy bezpośrednio w nielicznych przypadkach wykryć pewne zmiany w mózgu. Natomiast szczegółowe badanie układu nerwowego rzuca nam zazwyczaj bardzo wiele światła na stan mózgu, nieraz odrazu rozstrzyga wszelkie wątpliwości co do istoty i rodzaju danej choroby umysłowej. Badanie przemiany materyi u umysłowo chorych musi w przyszłości również wchodzić w zakres badania psychia-

trycznego, gdyż według najnowszych teoryi o przyczynach powstawania umysłowych chorób, pewne grupy tych chorób powstają wskutek samozatrucia ustroju.

Obserwacya chorego w szpitalu stanowi dalszy ciąg badania pierwotnego.

Bardzo ważnem uzupełniem badania psychiatrycznego jest sekcya. Dziś jednak niestety jedynie na podstawie pośmiertnego badania mózgu nie możemy, jeszcze z bardzo małymi wyjątkami, tak jak to ma miejsce w innych działach medycyny, uczynić rozpoznania klinicznego formy przebytej choroby umysłowej, a nawet nie możemy również odpowiedzieć i na pytanie, czy dany człowiek był przed śmiercią psychicznie zdrowym, czy też umysłowo chorym? Wynika to z jednej strony stąd, że patologiczna anatomia chorób umysłowych nie jest dostatecznie opracowana, jak niemniej i z niedostatecznego wydoskonalenia naszych sposobów badania, zapomocą których molekularnych albo bardzo delikatnych zmian protoplazmy wcale wykryć nie jesteśmy w stanie. Wreszcie w rozpoznawaniu patologicznych zmian w komórkach, wywołujących choroby umysłowe, przeszkadza i ta okoliczność, że zaburzeniom świadomości, które występują podczas konania, towarzyszą już widoczne zmiany w komórkach kory mózgowej (Nissl), które utrudniają rozpoznanie właściwego patologo-anatomicznego tła przebytej choroby umysłowej.

Pomimo jednak tych wszystkich trudności, uwzględniając przy badaniu nietylko stan komórek i włókien nerwowych, ale i neurogleju i naczyń, jesteśmy już dziś w stanie wykryć pewien związek pomiędzy objawami anatomicznymi, a klinicznymi i z wyniku badania pośmiertnego wysnuć pewne wnioski co do klinicznego obrazu, przynajmniej w niektórych chorobach. To stosuje się przedewszystkiem do wrodzonego niedołęstwa (*idiotismus*), do porażenia postępującego (*paralysis progressiva*), do chorób umysłowych na tle zwapnienia tętnic zmian kiłowych w naczyniach krwionośnych i do pierwotnego otępienia przedwczesnego (*dementia praeox*) (Kraepelin). Nissl znalazł bowiem, że w katatoni zmiany anatomo-patologiczne ograniczają się przeważnie do głębokich warstw kory mózgowej, gdy tymczasem przy porażeniu postępującem zmiany te są rozlane w całej grubości kory mózgowej. (Padaczka jest także spowodowana przewlekłą rozlaną sprawą kory mózgowej).

Czy rzeczywiście jednak znajomość psychiatryi potrzebną jest dziś dla lekarza praktyka?

Jak na wstępie zaznaczyłem, choroby umysłowe istnieją od czasów najdawniejszych. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że z rozwojem cywilizacyi, — naturalnie nie wskutek rozwoju cywilizacyi, a tylko wskutek jednoczesnego rozpowszechnienia się pewnych szkodliwych czynników, — liczba umysłowo chorych wzrasta w sposób zastraszający i że choroby umysłowe dziś już stanowią klęskę, trapiącą ludzkość nie w mniejszym stopniu, niż gruźlica i kiła. W Szwajcaryi naprzykład liczba umysłowo chorych wzrasta szybciej, aniżeli naturalny przyrost ludności (Mahaim). Jak wielką klęską są dziś choroby umysłowe i jakie olbrzymie fundusze pochłania utrzymanie umysłowo chorych, dowodzi prawdopodobnie powszechnie dobrze znany przykład, podany przez niemieckiego psychiatrę Pelmanna, rodziny niejakiego Jukego, która, pochodząc od protoplasty alkoholika, w ciągu zaledwie kilku pokoleń wydała na świat przeszło 1000 ludzi, przeważnie przestępców, wszetecznic, umysłowo chorych, różnych niedołęgów i kalek psychicznych, na których wyżywienie i utrzymanie — według obliczenia Pelmanna — państwo wydało około 5,000.000 marek. Przytaczając ten przykład, Bleuler zwraca uwagę, że przecież całej tej klęsce tak łatwo można było w swoim czasie zapobiedz przez zupełnie niewinną operacyę nałożenia podwiązki na nasieniowody tego cudownego protoplasty.

Wszystkie te fakty dowodzą, że poznanie chorób umysłowych, sposobów ich leczenia i zapobiegania im jest niezbędne dla lekarzy praktyków przynajmniej na równi ze znajomością gruźlicy i kiły. Z drugiej strony zaburzenia w sferze psychicznej tak często spotykamy w przebiegu wielu innych chorób, n. p. w durze, zapaleniu opon mózgowych i bardzo wielu chorobach dziecięcych, przebiegających z gorączką, że należyta ocena tych objawów jest dla internisty konieczna. A niezbędnem jest dla każdego lekarza nietylko poznanie ogólnych zasad psychiatryi, ale nawet gruntowna znajomość różnych postaci klinicznych chorób umysłowych wobec tego, że każdy lekarz praktyk musi nieraz w charakterze znawcy składać w sądzie orzeczenia w wypadkach, gdy chodzi o rozstrzygnięcie tak trudnego zagadnienia, czy dany człowiek jest psychicznie zdrowym i może rozporządzać swojem mieniem, czy też jest chorym i powinien być ubezwłasnowolniony i oddany pod kuratelę, albo też w wypadkach, gdy chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy podsądny jest zbrodniarzem, odpowiedzialnym za swoje czyny, czy też umysłowo chorym, który za popełnione zbrodnie nie odpowiada, lub wreszcie czy mamy przed sobą udawacza, naśladującego chorobę umysłową.

Wobec tak trudnych i pełnych odpowiedzialności obowiązków lekarza praktyka, znajomość psychiatryi jest dla niego koniecznie potrzebną i dla tego też wykłady z psychiatryi są obowiązkowe i stanowią t. zw. *Examenfach.*

W końcu nadmienię jeszcze i o tem, jak olbrzymi przewrót zrobiła psychiatrya w ukształtowaniu się naszych pojęć co do winy i kary, t. j. wymiaru sprawiedliwości za czyn popełniony w ogólności, ażeby uwydatnić potrzebę wiedzy psychiatrycznej nietylko dla medyków, ale i dla prawników. (Ciąg dalszy nastąpi).

U Z kliniki chirurgicznej i pracowni doświadczalnej Profesora Kadera w Krakowie.

Kora mózgowa w świetle badań chirurgii.

Przyczynek do nauki o umiejscowieniu i odnawianiu się ośrodków korowych.

Podał

Dr. Adolf Eugeniusz Klęsk

Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Jak wspominaliśmy, odradzanie się ośrodków u zwierząt następuje bardzo szybko. Nic to dziwnego, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że n. p. dziecko uczy się chodzić kilka miesięcy i więcej, a zwierzę umie już chodzić w kilka dni po urodzeniu. Wziąść tu należy także pod uwagę, że warunki statyczne chodzenia u zwierząt są mniej skomplikowane, niż u człowieka. Bądź co bądź, jednak zupełnie upra-

wnieni jesteśmy do usuwania zniszczonych lub zmienionych części kory w tej myśli, że jeżeli jest już porażenie, to choremu jedynie tylko pomódz możemy; jeżeli zaś go niema, lub jest tylko podrażnienie ośrodka, to zmiana zapewne nie jest wielka, lub nie zajmuje żadnego z ważniejszych ognisk danego ośrodka. Wycinanie ośrodków jest, zdaje się, wyrażeniem o tyle niestosownem, że, jak wykazaliśmy powyżej, ośrodki wyraźnych granic nie mają, nie można ich też wyciąć w całości, co najwyżej tylko usunąć ważniejsze ogniska.

Wycinanie schorzałych części kory u człowieka zastosował po raz pierwszy w roku 1886 Horsley z powodu padaczki korowej. (Wyciął on zbliznowaciałą część kory). W ślad za nim poszedł Bergmann, wycinając ognisko prostowaczy w ośrodku ręki.

Obecnie znanych jest przeszło 50 takich operacyi. Graff zebrał 19 przypadków szczegółowo: z tych w 11 operacya nie pomogła nic, lub tylko chwilowo; w 3 wystąpiła wybitna poprawa stanu (czas spostrzegania bardzo krótki), a w 5 przypadkach nastąpić miało wyleczenie.

Statystyka ta będzie zapewne powiększać się ciągle i stale. Sprawy chorobowe kory mózgowej zajęły już sobie w chirurgii wybitne stanowisko, a otwieranie szerokie tymczasowe czaszki, dało nam możność lepszego oryentowania się w korze mózgowej. Cała trudność leży jednak w rozpoznawaniu, a na niespodzianki każdy operator musi być przygotowany.

Tak n. p. w jednym z naszych przypadków, operowanym przez prof. Kadera, rozpoznawaliśmy guz w okolicy sfery ruchowej prawej, a to na mocy tego, że chory okazywał osłabienie i zanik drobnych ruchów ręki lewej, strzelające bole w nodze lewej, dalej silne bole głowy i obustronną tarczę zastoinową.

Dzień przed operacyą utracił chory na chwilę przytomność, a po odzyskaniu jej okazywał dziwną ociężałość, trudno podnosił powieki, niechętnie odpowiadał na pytania i ulegał śpiączce. W przekonaniu, że mamy do czynienia z guzem sfery ruchowej, idącym zdaje się do przodu, przystąpił prof. Kader do operacyi po stronie przeciwnej zajętych kończyn, t. j. prawej. Operacya nie wykazała jednak nic oprócz wygładzenia zupełnego zwojów przy tętniącym mózgu. Chory w kilka dni zmarł na zapalenie płuc, a sekcya wykazała mięsaka lewego płatu czołowego, leżącego tuż pod korą, wielkości kurzego jaja. Wobec tego zmiany w lewych kończynach odnieść należało do tak zwanego *contre coup*, wyrazem czego było wygładzenie zawojów.

Porażenia po tej samej stronie, co zmiany mózgowe znane są w piśmiennictwie, a zajmował się niemi szczególnie Ledderhose i zebrał z piśmiennictwa 50 podobnych przypadków.

Prócz tego zastać możemy różne nieprawidłowości w położeniu indywidualnem ośrodków, jak ośrodek mowy w półkuli prawej i t. d.

Poniżej przytaczam doświadczenia moje na zwierzętach, jakoteż przypadki mózgowe, z uwzględnieniem li tylko polskich operatorów.

Część doświadczalna.

Do doświadczeń moich używałem różnych zwierząt, jak gołębie, koty, psy, króliki i barany. Zwierzęta ssące operowałem w znieczuleniu eterowem z uwzględnieniem aseptyki. Czaszkę otwierałem dłutem, trepanem i kraniotomem Dahlgrena, robiąc jużto otwory małe, jużto wycinając tymczasowo kości sklepienia czaszki podług Wagnera.

Dla lepszej oryentacyi przytaczam poniżej szemat mózgu psa podług Munka, gdyż ten był dla mnie głównym drogowskazem. Jak wspominałem na początku pracy, nie chodziło mi zupełnie o umiejscowienie ośrodków, gdyż te, będąc różne u zwierząt i u człowieka, nie mogą dla nas chirurgów mieć stanowczego znaczenia; chodziło mi tylko o spostrzeganie zmian po wycinaniu i niszczeniu kory, a dalej o odradzanie się ośrodków.

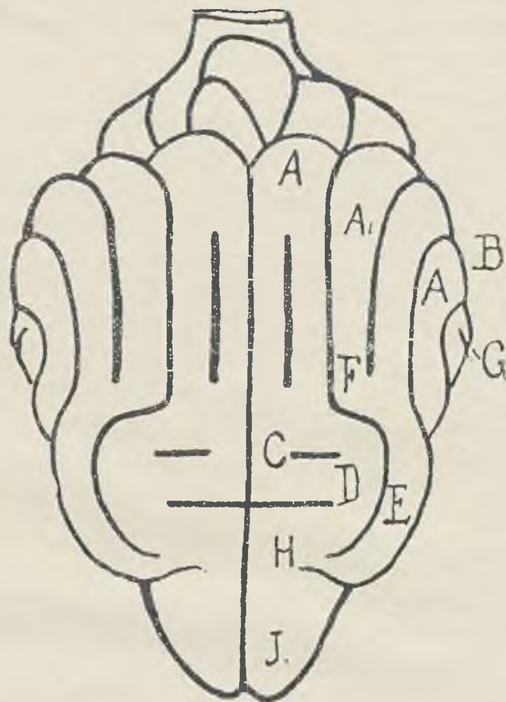


Fig. III. — *Szemat mózgu psa.*
A sfera wzroku, *B* sfera słuchu, *C* tylna łapa, *D* przednia łapa, *E* głowa, *F* oczy, *G* uszy, *H* kark, *J* korpus.

Doświadczenie 1.

1/III 1903. Gołąb. Otwarcie czaszki nożyczkami. Przypalenie powierzchowne prawie całej widocznej w ranie części półkuli prawej. Zaraz po operacyi ptak chodzi i lata i żadnych zmian wybitnych nie okazuje, — podobnie i później.

Doświadczenie 2.

3/III 1903. Gołąb. Otwarcie czaszki nożyczkami. Ścięcie bardzo powierzchowne dużej części kory półkuli lewej. Ptak nie okazuje potem żadnych wybitnych zmian, jak i poprzedni.

Doświadczenie 3.

24/I 1903. Wyżeł. Trepanacya dłutem w uśpieniu eterowem po stronie prawej. Natrafiono na miejsce, odpowiadające według szematu Munka *(patrz fig. Nr. 3)*, części kory w punkcie AA'. Usunięcie powierzchowne kory (zeskrobanie) na przestrzeni 2 halerzy. Zeszycie rany. Po operacyi pies leży spokojnie, bardzo osłabiony. W kilka godzin zaczyna się rzucać niespokojnie. Źrenica lewa rozszerzona.

25/I. Niepokój silniejszy. Zwracanie.

26/I. Pies wyje. Pod wieczór drgawki ogólne.

27/I. Pies zdechł.

Sekcya: Kora mózgowa w miejscu operowanem okazuje ubytek wielkości 20 halerzówki, sięgający na $^1/_2$ ctm. wgłąb, pokryty rozmiękłą tkanką mózgową. Ubytek ten komunikuje zapomocą wązkiego kanału z komorą. Zresztą mózg i opony bez zmian.

Doświadczenie 4.

3/II 1903. Pies duży. Trepanacya w uśpieniu eterowem ponad oczodołem po stronie lewej. Wycięcie powierzchowne nożem napotkanej kory na przestrzeni 20-halerzówki. Zeszycie rany. Po operacyi

pies leży zwinięty w kłębek, wklęsłością po stronie operowanej. Poruszany, wraca ciągle do swej pozycyi. Po 6 godzinach zaczyna chodzić niezgrabnie, zataczając się w stronę lewą.

4/II. Pies chodzi, zbaczając w stronę lewą.

16/II. Rana zagojona przez rychłozrost. Pies chodzi już wcale dobrze, ale w kółko, jak koń w ujeżdżalni.

20/II. Puszczony na dziedziniec, biega szybko wkoło, a wołany, przylatuje, zakreślając różne przy tem łuki. Ze schodów schodzi swobodnie.

1/IV. Pies chodzi zupełnie dobrze. Ma jednak czasem skłonność do skręcania karku w stronę lewą (Demonstrowany na Zjeździe chirurgów).

Doświadczenie 5.

4/II 1903. Pies. Trepanacya dłutem po nad oczodołem prawym. Potem otwarcie czaszki kraniotomem Dahlgrena. Płat wielkości 5 koron. Wycięcie kory na 1/2 ctm. w okolicy H na przestrzeni 20-halerzówki. Po operacyi silny *shok*. W godzinę pies wstaje i siada. Wieczorem chodzi już w stronę operowaną i wyje.

5/II. Sztywność karku, drgawki, źrenice rozszerzone.

6/II. Pies zdechł. Sekcya wykazuje: Zapalenie ropne opon. Mózg przedstawia zniszczenie na daleko większej przestrzeni, niż sądzono przy operacyi.

Doświadczenie 6.

30/III 1903. Pies. Trepanacya dłutem nieco powyżej oczodołu prawego. Natrafiono na miejsce, odpowiadające okolicy CD. Przypalenie żegadłem Paquelina bliżej brzegu środkowego półkuli na przestrzeni małego grochu. Po operacyi silne przygnębienie. Pies skuczy i wyje. Rusza się jednak stosunkowo na posłaniu dobrze. Lewa łapa tylna stawia większy opór przy biernych ruchach. Pod wieczór wybitne powłóczenie tylnej łapy lewej.

31/III. Pies leży ciągle na boku prawym, nie wstaje.

2/IV. Kurcze rytmiczne w obu tylnych łapach.

10/IV. Pies dźwiga się na przednie łapy. Rana zagojona przez rychłozrost.

20/IV. Pies próbuje chodzić, utykając i powłócząc nogą tylną prawą, przyczem często stawia ją fałszywie, t. j. grzbietem palców na ziemi.

15/V. Pies schodzi ze schodów, jak królik, obu tylnemi nogami na raz. Na powietrzu goni szybko, podnosząc często chorą nogę do góry, stąpać jednak na niej potrafi, tylko nie może jej używać jako podpory, n. p. przy podnoszeniu biernem łap lewych. Przy oddawaniu moczu nie podnosi łapy, jak to czynił przed operacyą, lecz odbywa tę funkcyę, jak suka.

1/VI. Ruchy prawie zupełnie swobodne, jedynie nie może się podpierać na tylnej prawej łapie (Demonstrowany na Zjeździe chirurgów).

Doświadczenie 7.

27/VI. Pies. Trepanacya w uśpieniu eterowem dłutem i kraniotomwem Dahlgrena. Po stronie prawej natrafiono na okolicę, jak wyżej. Wypalenie żegadłem Paquelina okolicy D na przestrzeni halerza. Po operacyi silny wstrząs, skręcanie się w stronę operowaną. Pies po kilku godzinach próbuje wstawać, lecz zaraz się wywraca.

5/VII. Pies zaczyna chodzić, powłócząc łapą przednią lewą. Pierwej umiał podawać łapę, teraz uczynić tego nie potrafi.

8/VII. Pies następuje przy chodzeniu na grzbietną stronę palców, nie może się dobrze na niej podpierać (Demonstrowany na Zjeździe chirurgów).

Wśród feryi wakacyjnych pies zdechł, wskutek czego sekcya nie odbyła się.

Doświadczenie 8.

28/VI. Pies. Uśpienie eterem. Trepanacya dłutem po stronie prawej w miejscu, jak wyżej. Korę w okolicy C okrojono do brzegu półkuli na głębokość 1 (mniej więcej) centymetra w głąb, tworząc kółko wielkości grochu. Zaszycie rany.

Po operacyi pies chodzi zupełnie swobodnie.

29/VI. Pies utyka trochę na nogę lewą.

9/VII. Pies chodzi na 3 nogach tylko. Kończyna lewa tylna przykurczona. Po wyprostowaniu biernem pozostaje pewien czas w tej pozycyi, poczem znowu się kurczy. Napięcie mięśni stosunkowo słabe.

15/VII. Pies zaczyna niezgrabnie podpierać się nogą chorą.

1/IX. Pies chodzi zupełnie dobrze (Demonstrowany na Zjeździe chirurgów).

Doświadczenie 9.

15/VII. Trepanacya psa (Nr. doświadcz. 4) w uśpieniu eterowem po stronie prawej w środku półkuli kraniotomem Dahlgrena. Na korę przyłożono kawałek lodu i trzymano około 5 minut. Po operacyi pies leży na boku lewym. W łapach lewych brak oporu przy ruchach biernych. Po 3 godzinach próbuje wstać, lecz przewraca się; w 8 godzin zaczyna chodzić, a na drugi dzień chodzi już swobodnie.

(Czy przypisać to należy działaniu zimna na korę, czy też wstrząsowi pooperacyjnemu, orzec trudno; za działaniem zimna przemawiałyby objawy jednostronne).

Doświadczenie 10.

16/II 1903. Baran. Uśpienie eterowe. Trepanacya płatu czołowego. Warunki operacyi z powodu wielkiej grubości kości bardzo trudne. Trepan założono między nasadą lewego roga, a okiem. Wycięto nożem korę dość głęboko na przestrzeni 10-halerzówki. Po operacyi prócz osłabienia objawów niema żadnych.

28/II. Baran zaczyna być niespokojny. Bodzie rogami i rzuca się. W nocy uderza ciągle rogami o drabinę w stajni. Nad ranem leży wśród drgawek. Śmierć.

Sekcya: Zniszczenie płatu czołowego na przestrzeni wspomnianej, sięgające głęboko aż do komory. Okoliczne części mózgu z licznemi wynaczynionkami i rozmiękłe.

Doświadczenie 11.

20/IV. Królik. Uśpienie eterowe. Trepanacya w środku czaszki. Poprzeczne przecięcia kilku zwojów głęboko aż do istoty białej. Po operacyi kilkugodzinny wstrząs, poczem żadnych objawów niema.

Doświadczenie 12.

26/IV. Kot młody. Uśpienie eterowe. Trepanacya z rozległem tymczasowem odcięciem kości ku przodowi. Po przecięciu opony twardej odsunięto ostrożnie półkulę od środka i przecięto spoidło częściowo. W tejże chwili jednak ustało oddychanie, a w pewien czas akcya serca (Cięcie nie dochodziło do rdzenia przedłużonego).

Doświadczenie 13.

26/IV. Kot stary. Uśpienie eterowe. Trepanacya płatu czołowego prawego. Wycięcie kory nożem na przestrzeni korony dość głębokie. Po operacyi *shok*. Zwierzę przewraca się z boku na bok, rusza przytem wszystkiemi łapami. W nocy śmierć. Sekcya wykazuje dość duży krwiak w miejscu operacyi.

Doświadczenie 14.

27/IV. Kot. Uśpienie eterowe. Trepanacya dłutem w środkowej części; zeskrobanie powierzchowne kory na przestrzeni korony. Po operacyi przygnębienie.

28/IV. Na drugi dzień kot nie okazuje już żadnych wybitnych zmian.

Doświadczenia moje, nieliczne, nie mogą być naturalnie miarodajnemi, pozwoliły mi jednak i tak uczynić kilka ciekawych spostrzeżeń.

I tak przekonałem się, że bardzo często porażenia występują dopiero w pewien czas po operacyi, co przypisać należy już zmianom następowym w okolicznych częściach kory i istoty białej. Zmiany porażne, występujące w krótki czas po operacyi, t. j. w kilka — do kilkunastu godzin, pochodzą najczęściej od obrzęku okolicznych części, wynaczynień krwi i t. d., dają też lepsze rokowanie co do powrotu funkcyi; porażenia zaś, występujące później, następowo, są już wyrazem zmian większych rozmiękczynowych, niszczących substancyę mózgu w szerz i w głąb, dają też rokowanie co do powrotu funkcyi o wiele gorsze. Powierzchowne urazy kory, jak przypalenie lub zeskrobanie, przebiegają, zdaje się, też bez objawów, o ile nie dołączą się do nich wspomniane powyżej zmiany lub zakażenie. Okrojenie wkoło pewnej części kory mózgowej wywołuje dopiero w pewien czas zmiany w postaci niedowładu i przykurczenia mięśni, zmiany te jednak ustępują bardzo szybko. Natomiast przecinanie kory w kierunku podłużnym nawet do istoty białej nie wywołuje żadnych wybitnych zmian.

Powrót funkcyi po zniszczeniu ośrodka u zwierząt jest zupełnie możebnym i występuje w stosunkowo dość krótkim czasie, bo w 3—12 tygodni. U psa przy porażeniu łapy tylnej występuje często współruch przy ruchach łapą tylną zdrową. Porażona łapa zdolną jest czasem do grubych ruchów, niema jednak ani siły statycznej, ani też drobnych ruchów, a ponadto pies używa jej często mylnie, stawiając fałszywie palce. O zmianach czuciowych i umysłowych, jako bardzo trudnych do badania, w doświadczeniach moich mi nie chodziło.

Obecnie pozostają jeszcze do omówienia przypadki kliniczne cierpień chirurgicznych mózgowych. (Dok. nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

J. Arneth. **O neutrofilnych ciałkach białych krwi w chorobach zakaźnych.** (Jena. G. Fischer. 1904).

Na ten sam temat ogłosił Arneth pracę z początkiem roku 1904 w Nrze 2 i 3 „Deutsche med. Wochenschrift", która miała stanowić niejako tymczasowe doniesienie. Po ukazaniu się zaś przytoczonej książki napisał w Nrze 25 „Münchener med. Wochenschrift" niejako uzupełnienie swej obszernej pracy.

Sprawą tą zajmował się przed Arnethem bardzo długi szereg badaczy, nikt jednak dotąd nie uchwycił tej sprawy z tego ciekawego punktu widzenia, co Arneth. Podać dokładnie treść tej książki jest wprost niemożebną: pozwolę sobie ją tylko po krótce nakreślić.

Autor robi preparat krwi i barwi go trójkwasem Ehrlicha i sto krwinek białych, okazujących ziarninę neutrofilną, układa wedle ich wielkości i postaci jądra w odpowiednie tabele. Rozróżnia on 5 klas krwinek białych neutrofilnych: do klasy 1) zalicza krwinki białe o obfitej ziarninie i jednem jądrze soczystem, okrągłem i płytko lub głęboko zakarbowanem. Klasa 2) obejmuje krwinki, o jądrze składającem się z 2 części, które mają wejrzenie albo 2 pętlic, albo 2 ziarn, albo pętlicy i ziarna. W klasie 3) mieszczą się krwinki białe, których jądro składa się z 3 części, znowu w różnych kombinacyach, wedle ich wejrzenia. Do klasy 4) należą krwinki z 4 częściami, a do ostatniej 5) z pięcioma lub większą liczbą części jądra. Podczas gdy pierwsze dwie klasy w krwi prawidłowej bardzo skąpo się znachodzą, to klasa trzecia stanowi 48%, czwarta 23%, a piąta 4% ogólnej liczby krwinek neutrofilnych w warunkach prawidłowych.

Za prawidłową liczbę uważa A. 6000 krwinek białych w 1 mm.^{3}; — za leukocytozę zaś liczby, przekraczające 8000. Wedle jego zdania nie przedstawia żadnej wartości samo liczenie krwinek białych i oznaczanie ogólnej ich liczby bez równoczesnego dokładnego rozdziału odsetkowego wedle ich poszczególnych form, gdyż niejednokrotnie udało mu się przekonać, że najcięższe zaburzenia w mieszaninie krwi przebiegały, nie zdradzając się zupełnie na zewnątrz jakimkolwiek przybytkiem w liczbie krwinek białych.

W prawidłowych warunkach okazują przytoczone klasy mniej więcej stałe wartości odsetkowe z małemi osobniczemi wahaniami, i im klasa wyższa, tem dojrzalsze obejmuje postacie białych neutrofilnych krwinek.

W warunkach patologicznych mają występować najrozmaitsze zmiany w powyższym obrazie neutrofilnym krwi, — wśród bardzo ciężkich zaburzeń w ustroju może się obraz wprost odwrócić. Stale znikają najpierw postacie najdojrzalsze (klasa 5), — a potem w szeregu inne, aż wreszcie stać się może, że prawie wyłącznie klasy najmłodsze (1, 2, 3), stanowią ów t. zw. neutrofilny obraz krwi. Na podstawie bardzo licznych spostrzeżeń co do liczby krwinek białych i ich rozdziału, rozróżnia A. następujące typy:

I) Hiperleukocytozy (wyżej 8000): *a*) Iso —, *b*) Anisohiperleukocytozy.

II) Normoleukocytozy (około 6000): *a*) Iso —, *b*) Anisonormoleukocytozy.

III) Hipoleukocytozy (niżej 6000): *a*) Iso —, *b*) Anisohipoleukocytozy.

Przez izoleukocytozę wogóle w każdym z tych 3 szeregów rozumie (czy to hiper-, normo- czy też hipoizoleukocytozę) taki stan, gdzie normalny liczbowy układ w neutrofilnym obrazie krwi został zupełnie zachowany. Najcięższem schorzeniem krwi jest więc wedle A., o ile chodzi o leukocyty i neutrofilny obraz krwi, anisohipoleukocytoza; mniej ciężką postacią chorobową jest anisonormohiperleukocytoza; a jeszcze mniej anisohiperleukocytoza, — podczas gdy izohipercytoza przedstawia najkorzystniejszy stan.

Wyniki pracy autora nie dadzą się w zupełności pogodzić z panującą obecnie nauką o chemotaksis, gdyż wedle niej neutrofilny obraz krwi nie powinien ulegać zmianie, — a przeciwnie, potwierdzają przypuszczenie Löwita o leukocytozie, na które się szczególnie w tych przypadkach musimy godzić, gdzie w krwi znajdujemy leukopenię z silnem zaburzeniem prawidłowego neutrofilnego obrazu krwi (anisohipoleukocytoza).

Zmiany, klinicznie spostrzegane w ustroju, nie zawsze dadzą się pokryć odpowiednim obrazem Arnethowskim. I tak z jednej strony można widzieć klinicznie ciężkie zaburzenia w obrazie krwi pośród względnie lekkiego przebiegu choroby i naodwrót względnie drobne zaburzenia w obrazie neutrofilnym krwi wśród ciężkiej choroby, a ponadto spostrzeżenia dowiodły, że i najcięższe zaburzenia krwi mogą ustępować.

Anisohipocytozę znalazł A. wśród ciężkiego śmiertelnego zapalenia płuc, stale znajdował w durze brzusznym i odrze, często wśród ospicy i zapalenia gruczołu przyusznego, dalej wśród najcięższych zatruć krwi, posoczniczej błonicy, gruźlicy prosówkowej, w przypadkach posocznicy, w których koniecznie należało przypuścić drobnoustroje krążące w krwi, w gośćcu stawowym, wśród piorunującego zapalenia wyrostka robaczkowego, w okresach początkowym i wysypkowym ospy. A. sądzi, że wszystkie powyższe sprawy chorobowe mają to wspólne, że wśród nich drobnoustroje same krążą we krwi, że zaś tam, gdzie krążą tylko jady, wytwarza się hiperleukocytoza. Wysuwanie się na jaw w neutrofilnym obrazie krwi postaci coraz mniej dojrzałych tłómaczy A. niszczeniem leukocytów przez krążące we krwi drobnoustroje, którym ulegają najdojrzalsze krwinki, gdyż te najdojrzalsze krwinki białe, ginąc, dostarczają najskuteczniejszych niweczników.

Na podstawie swojej pracy wywodzi autor wnioski bardzo delikatnej natury, wnioski, które, aby się ostać, potrzebują jeszcze mocnej podstawy. Autor sam to odczuwa i przyrzeka uzupełnić swą pracę równoczesnem studyum szpiku kostnego i krwi, jakoteż zbadaniem, jak się zachowują inne rodzaje leukocytów.

Na podstawie swoich spostrzeżeń powiada autor, że można z neutrofilnego obrazu krwi dokładnie określić chwilę, kiedy w jakiejś chorobie zaczyna się ozdrowienie, nie oglądając się na objawy kliniczne.

Kiedy z chwilą ozdrowienia krew wraca do stanu prawidłowego, bardzo często w pierwszej chwili postacie najdojrzalsze zaczynają nawet nieprawidłowo przeważać przez krótki czas, potem znowu przez chwilę przeważają postacie najmłodsze, i tak zauważyć można kilkakrotne wahanie to w jedną, to w drugą stronę, zanim się stosunki ułożą zupełnie prawidłowo i nastanie niejako spokój w obrazie.

Autor czynił spostrzeżenia miesiącami, bardzo dokładne i liczbowo obfite, wśród najrozmaitszych chorób w klinice lekarskiej w Würzburgu. Dzieło ilustrowane jest wielką liczbą tablic, starannie wykonanych. Wnioski autora może

idą nieco za daleko, praca jednak jest bardzo ciekawa, w każdym razie dowodzi, że chociaż już o krwi wiemy sporo, to jeszcze wiele tajników jest nam nieznanych.

W pracy dodatkowej, ogłoszonej (w „Münchener med. Wochenschrift" 1904, Nr. 25) już po ukazaniu się powyższego dzieła, omawia autor kilka ciekawych przypadków, które badał na swój sposób:

Wśród gruźlicy prosówkowej widział A. najcięższy obraz krwi (anizohipoleukocytozę); — obraz ten aż do śmierci chorego wciąż się pogarszał. W przeciwieństwie do tego przypadku nie okazywały neutrofile żadnych zaburzeń wśród śmiertelnego przypadku tężca. Bardzo niewinny przypadek ospicy okazywał na szczycie choroby bardzo ciężkie zaburzenia w obrazie krwi. W przypadku tym na obrazie krwi bardzo ładnie dało się spostrzegać ozdrowienie. Ciężkie zmiany w obrazach krwi okazywały przypadki zapalenia opon mózgowych, po jednym przypadku ropień wątroby, ropne zapalenie otrzewnej i rumień guzowaty. Przypadek duru płucnego (*pneumotyphus*) okazywał takie same typowe zmiany, jak niepowikłany dur. Ciekawe wyniki dały przypadki plamicy najrozmaitszego pochodzenia, jakotoż zatrucia kwasem solnym, które w 8 godzinach sprowadziło śmierć; — w tych przypadkach obrazy krwi przypominały najcięższe choroby zakaźne. Autor widzi w tem zjawisku punkt styczny między nieorganicznem, a organicznem zatruciem ustroju w odniesieniu do neutrofilów. *Stahr.*

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Dr. Schmalz. **O dziedzicznem drżeniu.** (*Münch. med. Wochenschr.*, Nr. 14, 1905). Autor zwraca uwagę na postać chorobową, którą charakteryzuje jedyny objaw — drżenie, występujące dziedzicznie przez kilka pokoleń z rzędu w jednej rodzinie. Pierwsze spostrzeżenia zanotowane zostały w r. 1766; w ostatnich latach liczba przypadków rozpoznanych się zwiększyła. Autor sam miał sposobność spostrzegać trzy rodziny, u których w każdem pokoleniu przynajmniej jeden osobnik okazywał wybitne drżenie. Co do etyologii — nic pewnego powiedzieć nie można. Przypuszczano, że opilstwo rodziców wybitniejszą w tem cierpieniu gra rolę. Przeczy temu przypadek Nagyego, gdzie u osobników nadużywających wyskoku drżenie było mniejsze, niż u innych, do tej rodziny należących, a tem samem cierpieniem dotkniętych. Kiła i inne zakażenia przewlekłe zdają się nie mieć wpływu żadnego. Badanie takich chorych — poza wzmożeniem odruchów i to nie stałem, — daje wynik ujemny. W każdym razie są to osobniki na wszelkie bodźce łatwo pobudliwe, skłonne do płaczu i śmiechu, na wszelkie wogóle urazy łatwo oddziaływające. Jedynym objawem jest drżenie o umiejscowieniu najrozmaitszem, co do ilości zmienne, bo od 3—10 drgnięć na sekundę, zazwyczaj wybitniej występujące przy ruchach zamierzonych. Drżenie to utrzymuje się zazwyczaj przez całe życie. Przy życiu spokojnem, po usunięciu wpływów, zwłaszcza psychicznych, może się zmniejszać, a nawet zniknąć na czas jakiś, by znów pod wrażeniem jakiegobądź bodźca na nowo wystąpić. Rozpoznanie może nasuwać pewne trudności. Dwie są postacie chorobowe, wchodzące w grę pod względem różniczkowania; drżączka poraźna i stwardnienie rozsiane rdzenia. W pierwszym przypadku wiek, w drugim brak zmian w narządzie wzrokowym, brak upośledzenia mowy, brak napadów udarowych, wreszcie brak postępu choroby mogą ustalić rozpoznanie. *S.*

Ch. Aubertin. **O pochodzeniu szpikowem ostrej białaczki.** (*La semaine médicale*, 1905, Nr. 21). Teorya dualistyczna Ehrlicha, dzieląca białaczki na dwie grupy o typie szpikowym z leukocytami ziarnistymi i typie limfatycznym z jednojądrzastymi bez granulacyi przyjęła się prawie bez zmiany u większości klinicystów francuskich. Jedynie Gilbert i Weil, a z nimi autor jest zdania, że ostra białaczka jest pochodzenia nie limfatycznego, lecz raczej szpikowego. Ważnym dowodem klinicznym, jakkolwiek ujemnym, przemawiającym za pierwotnem szpikowem pochodzeniem ostrej białaczki, jest nieznaczny tylko obrzęk lub zupełny brak obrzęku gruczołów chłonnych i śledziony, obserwowany prawie przez wszystkich badaczy w przebiegu tego cierpienia. Nadto natężenie stanu chorobowego nigdy nie idzie w parze z ewentualnym obrzękiem gruczołów, o ile do takowego przychodzi. Znane są spostrzeżenia przypadków, w których liczba leukocytów dochodziła do 960.000 przy równoczesnym braku znaczniejszego obrzęku gruczołów lub śledziony. Nadto obecność bardzo silnych bólów kostnych w ostrych białaczkach jest charakterystyczną. Prawie wszystkie nowsze spostrzeżenia notują obecność we krwi ciałek czerwonych jądrzastych i ciałek szpikowych (myelocytów) ziarnistych w przebiegu ostrej białaczki, co jest zaznaczeniem odczynu szpikowego. Myelocytów neutrofilnych bywa 0·5—3 na 100 leukocytów. Pfannkuch znajdował ich w ostrej białaczce do 10 prc. Eozynochłonnych bywa 1—3 prc., nieliczne komórki tuczne. Krwinki czerwone jądrzaste znachodzą się w stosunku 1—2 na 100 leukocytów. Dualiści przypisują temu oddziaływaniu szpikowemu tylko znaczenie samoobrony przeciw rozpadowi krwinek, lub też uważają ją za wtórne, towarzyszące tylko podrażnienie szpikowe. Wczesne powstawanie jednakże myelemii i związek, oraz ciałka przejściowe, istniejące między jednojądrzastemi ziarnistemi i nieziarnistemi, przemawiają za samoistną pierwotną przyrodą tego cierpienia. W przypadkach o ostrym przebiegu choroby zmiany anatomiczne najbardziej są zaznaczone w szpiku kostnym, mniej w śledzionie, a najmniej w gruczołach. W przypadkach bardzo ostrych część autorów znajdowała zmiany tylko w samym szpiku, a śledziona i gruczoły bywały zupełnie wolne. W przypadkach o powolnym przebiegu przychodzi do następowej „przemiany myeloidowej" śledziony i gruczołów. Ciała jednojądrzaste, bezziarniste, o wyraźnem jądrze i bazofilnej pierwoszczy, znachodzące się w prawidłowym stanie w szpiku kostnym, a opisane przez Fraenkla i nazywane komórkami pierwotnemi, lub też limfocytami, limfogonami lub myelogonami, z których według zgodnych zapatrywań Pappenheima, Grawitza i Wolfa pochodzą wszystkie pierwiastki krwi, ulegają w przebiegu ostrej białaczki zwiększonemu rozmnażaniu się w pierwszym rzędzie i zaraz z początkiem przebiegu sprawy chorobowej. Przyczyną tego bujnego rozmnażania się szpikowego jest prawie z pewnością ostre, gwałtowne zakażenie, które szpik kostny odpowiada szybkiem bujaniem niezróżnicowanych pierwiastków zarodkowych. *Dr. Blassberg.*

Prof. Riedel. **O lewostronnym bolu żołądka.** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, Nr. 17, 1905). Bole żołądka mogą występować na drodze odruchowej, mogą też udzielać się od sąsiednich narządów, w końcu mogą powstać wskutek owrzodzeń żołądka. Na drodze odruchowej występują bole żołądka: 1) w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, rzadziej w zapaleniu tego wyrostka o przebiegu przewlekłym. Przytem ból występuje czasem ponad pępkiem, w miejscu odpowiadającem wielkiej krzywiźnie żołądka. 2) Bole żołądka na drodze odruchowej występują też przy przepuklinie w linii białej. 3) Odruchowe bole żołądka występują i przy skręceniu przydatków sieciowych. 4) Ostatecznie i przy wrzodach w jelicie poprzecznem występują odruchowe bole żołądka. Ważniejsze i częściej od poprzednich występujące bole żołądka pochodzą z sąsiednich narządów, jak: 1) Z woreczka żółciowego, będącego w stanie zapalnym, powstającym często w kamicy żółciowej. 2) Ze zrostów z jednej strony między woreczkiem a wątrobą, z drugiej między dwunastnicą, a odźwiernikiem. 3) Bole żołądka prawostronne wywołać może przemieszczona prawa nerka wędrująca. 4) Bole żołądka znów w linii środkowej zawdzięczają często swe pochodzenie wielkim wrzodom dwunastnicy, których dno zrosło się z wątrobą. 5) Bole w środku żołądka, lub pojawiające się po jego lewej stronie, zawdzięczają często swe wystąpienie zwyrodnieniu tłuszczowemu lub torbielowatemu trzustki. 6) Sprawy ropne śledziony dają początek bolom żołądka lewostronnym. Jak z tego widać, bole żołądka na drodze odruchowej występują najczęściej w linii środkowej; bole zaś pochodzące z narządów sąsiednich — po stronie prawej, a tylko wyjątkowo jedne lub drugie pojawiają po stronie lewej. Natomiast bole żołądka przy chorobach samego żołądka (wrzodach) występują zależnie od umiejscowienia, jakie w żołądku zajmują. I tak wrzód odźwiernika daje powód najczęściej do prawostronnego bolu żołądka, wrzód w wejściu do odźwiernika — do bolu w linii środkowej, zaś wrzód środkowego odcinka żołądka powoduje lewostronny ból. Ból ten posuwa się tembardziej ku stronie lewej, im większy naciek się rozwija na tle wrzodu żołądka. Wrzody odźwiernika nie mają same przez się skłonności do tworzenia się nacieków, natomiast wrzody małej krzywizny i tylnej, oraz przedniej ściany żołądka, a zatem po lewej stronie, mają ją w wysokim stopniu, przyczem ściana żołądka w miejscu wrzodu zrasta się często z lewym płatem wątroby i trzustki. Z tego więc wynika, że wrzody, wychodzące z środkowej części żołądka, tembardziej się przesuwają w stronę lewą, im większe wrzody tworzą. Ból ten więc ma wielkie znaczenie rozpoznawcze, gdyż wskazuje na cierpienie żołądka i pozwala wykluczać bole odruchowe, a tem samem daje możność przystąpienia do zabiegu operacyjnego przed wytworzeniem się żołądka klepsydrowatego. *A. K.*

S. Muttermilch. **O tworzeniu się i wydzielaniu kwasu moczowego.** (*Medycyna*, 1905, 2—6). Kwas moczowy jest związkiem pochodnym puryny $C_5H_4N_4$. Postać, w jakiej krąży w sokach tkankowych ludzi zdrowych, jest dotąd nieznana. Według Minkowskiego krąży kwas moczowy w tkankach normalnie w połączeniu z kwasem nukleinowym. W moczu część kwasu moczowego powstaje z rozkładu nukleiny jąder komórkowych samego ustroju, jako tak zw. endogeniczna, część zaś zwana egzogeniczną powstaje z rozpadu ciał purynowych wprowadzonych z pokarmami. Przy dyecie, nie zawierającej związków purynowych i składającej się z mleka, jaj, sera, białego chleba, ziemniaków, ryżu i zielonych jarzyn kwas moczowy, wydalany z moczem, należy uważać za będący pochodzenia endogenicznego. Ilość kwasu moczowego endogenicznego jest dla każdego osobnika wielkością stałą, indywidualną i wynosi prawidłowo 0·25 do 0·55 gramów na dobę. Jeżeli przy dyecie wolnej od ciał purynowych ilość kwasu moczowego przekracza powyższą ilość, wówczas mówimy o wzmożonem względnie zmniejszonem wydzielaniu kwasu moczowego. Wzmożone wydzielanie kwasu moczowego powodują: mięso, bulion, grasica, wątroba, mózg, nerki i inne narządy wewnętrzne, nadto kawior. Kawa i herbata nie wpływają na wzmożenie wydalanego kwasu moczowego. Ustrój ludzki prawidłowy zdolny jest do utlenienia i zamiany na mocznik połowy krążącego we krwi kwasu moczowego, a utlenieniu ulega kwas moczowy w wątrobie, nerkach i mięśniach. Kwas moczowy tworzy się w wątrobie, grasicy, śledzionie i innych narządach nukleinowych. Część wydalanego prawidłowo kwasu moczowego tworzy się być może na drodze syntetycznej w wątrobie, przyczem punktem wyjścia dla niego są prawdopodobnie kwas mleczny i mocznik. Podczas gdy osobnik zdrowy wydziela stale taką samą ilość kwasu moczowego przy dyecie wolnej od ciał purynowych, to u chorych na dnę zachodzą wyraźne wahania w ilości wydzielanego dziennie kwasu moczowego. Podczas napadu ilość kwasu moczowego w moczu stale niezależnie od ogólnej przemiany ciał białkowych jest zwiększona, przed napadem i po napadzie istnieje raczej pewne zmniejszenie. Najmniejsza ilość wydalanego kwasu moczowego przypada najczęściej na 1 dzień przed napadem; największa zaś przypada przeważnie nazajutrz po napadzie, czasami po 2, 3 lub 4 dniach. Dodatek mięsa do dyety wolnej od ciał purynowych nie wywołuje prawie wcale wzmożenia wydalanego kwasu moczowego podczas ostrego napadu dny. Podczas gdy jedni autorowie upatrują dotychczas w kwasie moczowym główny czynnik dny, tłómacząc nadmierną zawartość jego we krwi niedostatecznem wydalaniem przez nerki, wzmożoną produkcyą, bądź niedostatecznem spalaniem przez tkanki, inni sądzą, że kwas moczowy wogóle nie gra żadnej roli w patogenezie dny, ponieważ tworzy się w porażonych stawach na miejscu z nukleiny jąder komórkowych. Nowa hipoteza Minkowskiego przypuszcza, że u chorych na dnę kwas moczowy krąży we krwi i cieczach tkankowych w postaci innej, niż u zdrowych, jako niezdatny do wydzielania się przez nerki (*harnunfähig*) i wpływający tem samem szkodliwie na tkanki. Oznaczenie ilości kwasu moczowego nie pozwala na wnioski co do istnienia dny, natomiast charakterystyczne wahania wydalanego kwasu moczowego w przebiegu ostrych napadów dny w wątpliwych przypadkach przemawiają za skazą moczanową. W kamicy nerkowej moczanowej niema zboczeń pod względem zawartości kwasu moczowego we krwi lub w moczu. W zapaleniu włóknikowem płuc, w sprawach posocznicowych i gorączkowych, w cukrzycy, a przedewszystkiem w białaczce wydzielanie kwasu moczowego jest wzmożone. W przewlekłem zapaleniu nerek dobowa ilość kwasu moczowego i zasad ksantynowych waha się w granicach prawidłowych.

Dr. Blassberg.

F. Arnstein. **O leczeniu zdrojowo-kąpielowem w kamicy moczowej.** (*Gazeta lekarska*, 1905, Nr. 19). Leczenie ściśle dyetetyczne w chorobach przemiany materyi, a specyalnie w kamicy moczowej, ma duże znaczenie jako środek zapobiegawczy przy usposobieniu wrodzonem lub nabytem do kamicy. W okresach zaś choroby ze zmianami anatomicznemi i złogami, z napadem kolki nerkowej lub przypadłości pęcherzowych, leczenie zdrojowo-kąpielowe występuje na pierwszy plan. Wówczas składniki wód mineralnych, dostawszy się drogą krwiobiegu do dróg moczowych, wywierają bezpośredni wpływ na skład moczu i na tkanki chorobowo zmienione, a nadto przez działanie moczopędne łatwiej wydalają się wytworzone złogi, zalegające drogi moczowe. Leczenie zdrojowe zmierza do tego celu bądź przez wody alkaliczne, które przeszkadzają strącaniu soli moczowych, rozpuszczonych w moczu, bądź przez wody mineralne wapienne, których sole wapniowe wiążą w kiszkach fosforany i zmniejszają ilość fosforanów kwaśnych w moczu.

Dr. Blassberg.

PEDYATRYA. Galatti. **Przyczynek do charakterystyki ostrych nie krostowych wysypek i ich postaci mieszanych.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, tom 61, czerwiec, 1905). Autor zwraca się przeciwko zapatrywaniom Pospischila i Hukiewicza, którzy na podstawie 21 przypadków odry, skombinowanej wrzekomo z płonicą, spostrzeganych w wiedeńskim szpitalu jubileuszowym, dochodzą do wniosku, że zakażenie odrowe wzmaga usposobienie do zapadnięcia na płonicę, że ogólne zakażenie paciorkowcami w odrze i ospie wietrznej należy w przeważnej liczbie przypadków odnieść do wtórorzędnego zakażenia płonicą, że spostrzegane niekiedy w następstwie tych chorób i różyczki — krwotoczne zapalenie nerek należy uważać za popłonicze. Rozpoznanie płonicy w większości przypadków Pospischila i Hukiewicza opiera się jednak jedynie na pojawieniu się wysypki płonicowatej, bez innych płoniczych objawów; często zaś i wysypka była niewybitna i nieogólna. Autor przechodzi przyczyny, mogące wywołać wysypkę płonicowatą, podnosi z naciskiem, że także następowe łuszczenie nie rozstrzyga sprawy na korzyść płonicy, gdyż świadczy tylko o równym rodzaju zmiany w skórze, nie o tej samej etyologii. Wysypka płonicowata przy odrze we wspomnianych przypadkach mogła być wyrazem zakażenia równoczesnego, niezależnego, innym czynnikiem, lecz niekoniecznie płonicą; mogła być jednak także zależną jedynie od zakażenia odrowego. Przy rozmaitych bowiem innych chorobach zakaźnych: durze, ospie, grypie, tak zw. gośćcowej, lub żołądkowej gorączce itd. podobne wysypki spostrzegano. Podwójne zakażenia wolno rozpoznawać tylko przy obecności mniej lub więcej wybitnych dla obu chorób znamiennych obrazów chorobowych.

Lewkowicz.

E. Terrien. **O rokowaniu przy zapaleniu płuc u dzieci.** (*La presse médicale*, 1905, Nr. 40). Zapalenie płuc u małych dzieci przebiega zazwyczaj pomyślnie, o ile niema powikłań. Spostrzeżenia autora, zestawione ze spostrzeżeniami innych autorów, dowodzą atoli, że rokowanie bywa wątpliwem przy powikłaniach, pochodzących z poza płuc, a to przeważnie u dzieci, liczących mniej niż dwa lata. Zwłaszcza zapalenie osierdzia może przebiegać niepostrzeżenie u dziecka i spowodować w przebiegu zapalenia płuc nagłą śmierć. Pierwszą oznaką grożącej nagłej śmierci bywa w podobnych przypadkach zazwyczaj sinica.

Dr. Blassberg.

OKULISTYKA. Dr. Fehr. **O naczyniaku naczyniówki.** (*Centralb. f. Augenheilk.*, Nr. 6, 1905). Autor opisuje przypadek tego cierpienia, ważny dla nauki dlatego, iż od szeregu lat ściśle był badany i wziernikowany. Mianowicie chory, obecnie 65 lat liczący, już przed 15 laty zgłosił się do kliniki prof. Hirschberga, skarżąc się na upośledzenie wzroku w lewem oku. Prof H. stwierdził wówczas guz, usadowiony w tylnym odcinku oka; ponieważ jednak guz ten nie robił wrażenia nowotworu złośliwego, przeto oka nie wyjmowano. Z biegiem lat wzrok na oku lewem coraz bardziej podupadał. Dopiero w ostatnich czasach, t. j. po 15 latach od chwili stwierdzenia choroby, wystąpiły w niewidzącem już zupełnie oku objawy ostrej jaskry, z powodu których oko wyłuszczono. Badanie histologiczne i drobnowidowe potwierdziło w zupełności dawne rozpoznanie; na dnie oka znajdował się naczyniak uszypułowany, pokryty zewsząd dosyć grubą otoczką łącznotkankową, w jednem miejscu skostniałą. Cechą, odróżniającą w obrazie wziernikowym ten nowotwór od nowotworów złośliwych, było wejrzenie otoczki. Nowotwór ten miał otoczkę jednostajną białą z odcieniem niebieskawym, podczas gdy nowotwory złośliwe mają powierzchnię nierówną i pstrą.

Dr. Liebermann.

Dr. Pihl. **Zmiana w cięciu skórnem przy operacyi Krönleina.** (*Centralbl. f. Augenheilk.*, 1095, Nr. 6). Chcąc sobie utworzyć możliwie dogodny przystęp do dużych nowotworów, usadowionych poza gałką oczną, postąpił autor w 2 przypadkach w sposób następujący: do cięcia Krönleina dołączył drugie, wzdłuż brzegu oczodołu po stronie zewnętrznej, a dochodzące aż do kości jarzmowej i trzecie cięcie, prostopadłe do poprzedniego, wzdłuż kości jarzmowej. Reszty operacyi dokonał w sposób typowy.

Dr. Liebermann.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Piotr Bergell i A. Braunstein. **O lecytynie i bromolecytynie.** (*Therapie der Gegenwart*, 1905, Z. 5). Przed 5 laty otrzymał P. Bergell za pośrednictwem soli podwójnych z chlorkiem kadmowym lecytynę, wolną od stałych kwasów tłuszczowych. — Późniejsze badania Henriquesa i Hansena, Lavesa i Cousina wykazały, że płynny kwas tłuszczowy z lecytyny nie jest jedynie kwasem olejowym, ale zawiera także kwasy bardziej nienasycone o typie kwasu linolowego. Lecytyna daje się z łatwością bromować w roztworze chloroformowym. Ilość pochłoniętego bromu wynosi 27—29 prc. suchej substancyi, zatem więcej, niżby to odpowiadało kwasowi olejowemu, choć brom wchodzi tylko w grupę kwasu tłuszczowego, nie naruszając grupy cholinowej. Lecytyna ulega pod wpływem enzymów rozkładowi na cholinę, kwas glicerynofosforowy i kwasy tłuszczowe; bromolecytyna

zachowuje się podobnie, lecz rozkład jest znacznie powolniejszy. Bromolecytyna ulega z łatwością resorbcyi. W doświadczeniach na królikach wprowadzali autorowie do żołądka 5 gramów. bromolecytyny, zawierającej 20 prc. bromu w postaci zawiesiny, bez żadnej szkody dla zwierzęcia. Po zabiciu zwierzęcia można było znaleźć w alkoholowych wyciągach z wątroby i śledziony pokaźne ilości kwasu fosforowego i bromu. W doświadczeniach klinicznych otrzymywali autorowie znakomite wyniki w rozmaitego rodzaju niedokrwistościach po podaniu bromolecytyny w pigułkach, mianowicie 3 razy dz. po 2 pig. po 0,1 bromolecytyny przez kilka do kilkudziesięciu dni. Wyniki dorównywują tym, jakie otrzymywał Serono po wstrzykiwaniach lecytyny podskórnie. Bromolecytyna nie posiada w działaniu swem charakteru przetworu bromowego. *Seńkowski.*

Gerhardt. **Patogeneza żółtaczki.** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, Nr. 19, 1905). Nauka o powstawaniu żółtaczki w ostatnich dziesiątkach lat znacznie postąpiła naprzód i uległa zmianom tak ze strony czysto teoretycznej, jak i praktycznej. Żółtaczka najłatwiej da się wytłómaczyć i zrozumieć wtedy, gdy główny przewód żółciowy zatka bądź kamień, bądź czopek śluzu, bądź też jakiś guz, a żółć, z tej przyczyny, ulega powyżej przeszkody zastojowi, wsysa się tutaj i dostaje się do krwi i tkanek. Teorye, począwszy od Heidenhaina, są różne. Jedne przypisują główne znaczenie naczyniom krwionośnym, inne chłonnym. Zachodzi też pytanie, czy zawsze idzie o jeden i ten sam barwik żółciowy bez względu na przyczynę żółtaczki? Mniemano, że obok właściwego barwika żółciowego, także i spokrewniona z nim pod względem chemicznym urobilina może być przyczyną żółtaczki, tembardziej, że między urobiliną, a barwikiem krwi jest wielkie powinowactwo. Dziś możemy stanowczo powiedzieć, że ten pogląd jest błędny. W każdym przypadku żółtaczki da się wykazać w tkankach barwik żółciowy, nawet gdy z moczem wydziela się tylko urobilina. Barwik jest więc we wszystkich przypadkach żółtaczki identyczny. Przy tłómaczeniu żółtaczki w tych przypadkach, gdzie się nie da wykazać schorzenia dróg żółciowych, możnaby było przyjąć, że barwik żółciowy powstaje tutaj wprost z barwika krwi. Dlatego od dawna tego rodzaju przypadki przeciwstawiano poprzednim, jako *icterus haematogenes*, powstałym drogą wessania w samej wątrobie. To bowiem nie ulega żadnej wątpliwości, że taka przemiana hemoglobiny w bilirubinę jest możliwa. Tutaj zachodzi jednak pytanie, czy ten sposób tworzenia odbywa się na tak dużą skalę, żeby się całe ciało potrafiło żółtaczkowo zabarwić. Tego dotychczasowe doświadczenia nie potrafiły udowodnić. W przypadkach tak zw. żółtaczki toksycznej, która pierw tu należała, wykazał Naunyn i jego szkoła, że jednak barwik żółciowy pochodzi z wątroby. Przytem przekonano się, że żółć z początkiem nastania żółtaczki odpływa obficiej i jest zasobniejsza w barwiki żółciowe, a że później staje się więcej śluzowa i ciągnąca. Z tego to właśnie powodu ulega zastojowi w początku dróg żółciowych i tu się wsysa. Hemoglobina ulega w naczyniach przemianie i przez to dostarcza wątrobie bogatego materyału do tworzenia się barwików żółciowych. Dzieje się to przy otruciach n. p. fosforem i t. d. To samo dzieje się przy chorobach wątroby, ale wątroba odgrywa tu tylko pośrednią rolę głównym zaś czynnikiem jest uszkodzenie ciałek czerwonych. Rozpad ciałek czerwonych, jaki ma miejsce przy krwotokach wewnętrznych, zapaleniu płuc i t. d. daje powód do żółtaczki. Na tej samej podstawie występuje żółtaczka i w chorobach sercowych. Według badań Kimury z kliniki Fr. Müllera żółć w równych chorobach przedstawia się rozmaicie tak ze względu na swą gęstość, jak i na zawartość barwików żółciowych. Także i przy tak zw. żółtaczce ropniczej wskutek zapalnych spraw w przewodach żółciowych przychodzi do zastoju i do wessania żółciowych barwików. W sposób analogiczny, jak i poprzednie, da się wytłómaczyć żółtaczka noworodków wskutek rozpadu czerwonych ciałek krwi. Quinke przypisywał tu wybitną rolę wessaniu bilirubiny z przewodu pokarmowego, która nie ulega tu, jak później, przemianie w urobilinę. Oprócz rozpadu ciałek czerwonych, główną rolę odgrywa w żółtaczce stan nieżytowy przewodów żółciowych. Minkowski, Liebermeister i Pick wypowiedzieli zdanie, że cierpienia komórek wątrobnych dają powód do tego, że żółć przechodzi nie do dróg żółciowych, jak być powinno, ale do naczyń krwionośnych. Aczkolwiek wszystkie postacie żółtaczki mają pewne pokrewieństwo, to jednak przeróżne czynniki odgrywają tu rolę i ulegają przeróżnym komplikacyom, tak w żółtaczce nieżytowej, jak w marskości wątroby, jakoteż i kamicy żółciowej. Dawniej tłómaczono żółtaczkę w kamicy żółciowej tem, że albo kamień żółciowy przechodził przez przewód żółciowy, albo w nim tkwił. Jednak nowsze badania wykazały, że obecność kamienia w przewodzie żółciowym nie zawsze daje powód do żółtaczki. Czasem znów znajdowano kamień w przewodzie pęcherzykowym, wśród żółtaczkowego zabarwienia tkanek. Otóż tłómaczą ten rodzaj żółtaczki drogą odruchu z przewodu pęcherzykowego na przewód żółciowy wspólny, którego błona śluzowa ulega zgrubieniu, a przewód cały zamknięciu, lub znacznemu zwężeniu. Najważniejszą przyczyną żółtaczki w tych razach jest stan zapalny przewodów żółciowych, o jaki w tych razach jest bardzo łatwo. Zakażenie przewodów żółciowych odgrywa tu bardzo wybitną rolę i w występowaniu żółtaczki i w tworzeniu się kamyków żółciowych, szczególnie *bacterium coli commune* jest najczęstsze. Żółtaczka występuje wtedy naprzemian z podniesieniem się ciepłoty ciała. Wątroba jest wtedy powiększona, tkliwa. Otóż *cholangitis diffusa* jest właśnie bardzo częstą przyczyną żółtaczki, a nie same kamienie, na co dowód mamy w tem, że często po usunięciu kamienia żółciowego, żółtaczka nie ustępuje, ale się jeszcze na jakiś czas potęguje. Także i przy marskości wątroby *bact. coli commune*, rozwijające się tem obficiej, że żółć wolno przepływa, daje główny powód do żółtaczki. Najmniej wyjaśnione są dziś poglądy na żółtaczkę nieżytową. Że tu daje często powód do żółtaczki zatkanie przewodu żółciowego czopkiem śluzu, to jest fakt, dający się stwierdzić tem, że często po ucisku na woreczek żółciowy, lub po faradyzacyi jego objawy żółtaczki mijają. Prócz tego działa tu głównie zakażenie przewodu żółciowego głównego, lub drobnych przewodów na większej przestrzeni, następnie ten rodzaj żółtaczki, jaki występuje w chorobie Weila i ostrym zaniku wątroby. Słowem, nieżyt drobnych przewodów żółciowych, jakoteż i większych, czy to na drodze toksycznej, czy zakaźnej, daje najczęściej obraz tego rodzaju żółtaczki. *A. K.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Aristochinę stosował Deutsch (*Centr. f. Kinderheilk.* 1905, 3) w 35 przypadkach krztuśca. 4 z nich stracił z oczu w 5 nie było żadnego skutku, natomiast w 26 stwierdził zmniejszenie się siły i częstości napadów. Skutek był tem wybitniejszy, im wcześniej i w im większych dawkach podano aristochinę. Jeżeli nie wystarcza zwykła dawka 0,05—0·1 u osesków, a 0,3 u starszych dzieci 3 razy dnia, to podaje D. 0,2—0,25 u pierwszych, a 0,4—0,5 u drugich bez przykrych skutków, właściwych chininie. W ciężkich napadach wspiera D. działanie aristochiny heroiną lub dioniną. Nadto podawał Deutsch aristochinę w zapaleniach gardła (50 przyp.) i twierdzi, że lek ten niemal przecina chorobę. Równie dobrze działała aristochina jako lek przeciwzimniczy i przeciwgorączkowy. *R.*

Dla stwierdzenia własności **bromokolu** jako *nervinum* wykonał Meier (*Allg. med. Central-Ztg.* 1905, 15) szereg doświadczeń na myszach, zatruwanych strychniną, i stwierdził, że bromokol osłabia lub znosi działanie tej trucizny. *A.*

Bioferynę w niedokrwistości u dzieci podawał Nebel (*Deutsche medic. Wochenschr.*, 1905, 24). Lek ten, mający postać brunatnoczerwonego płynu i słaby gorzkawo-aromatyczny smak, przewyższa tem inne przetwory hemoglobiny, że nie ma ich mdłego smaku, ani zapachu. U sześciorga dzieci 1—1½ rocznych, którym podawano przez 6 tygodni stale 2 razy dnia po 5,0 bioferyny, wzrosła ilość hemoglobiny z 50—80 na 100 prc. Nawet w przypadkach powikłanych (zator mózgu, krztusiec) wynosił przyrost hemoglobiny jednak 15—30 prc. Podobne wyniki uzyskał N. w przypadku niedokrwistości po krwotoku porodowym. *L.*

Bornyvalu używa zamiast innych przetworów kozłka Beerwald (*Allg. med. Ctrl. Zeit.*, 1905, 23) stale ze względu na to, że lek ten zawiera dokładnie określoną i niezmienną ilość borneolu i kwasu kozłkowego, że więc pozwala on dokładnie dawkować rzeczywiście skuteczne składniki kozłka. Szczególnie dobrze działał bornyval w podnieceniach w toku neurastenii i zadumie, oraz w nerwicach serca. B. użył bornyvalu także w 15 przypadkach grypy: w 7 z nich nie zauważył wprawdzie żadnego skutku, natomiast w 8 innych stwierdził korzystny wpływ leku na serce i na ogólne objawy zatrucia. Działanie bornyvalu stawia B. na równi z działaniem bromu w podobnych przypadkach. W padaczce i pląsawicy nie miał B. sposobności wypróbować działania bornyvalu. *Ll.*

W leczeniu gruźlicy używa Renon (*Journ. des Prat.*, 1905, 5) taniny, jak twierdzi, z dobrym skutkiem. Aby uniknąć niemiłych zaburzeń trawienia, częstych po taninie, posługiwać się można tanigenem 2—3 r. dnia po 0·2. *B.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół zwyczajnego posiedzenia z dnia 11 maja 1905.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawił kol. Reiss sześcioletniego chłopca z zmianami kiły późnej w postaci owrzodzenia wielkości dłoni na sklepieniu czaszki. U chłopca tego od kilku tygodni wystąpiły objawy ze strony układu nerwowego ośrodkowego, a mianowicie nader leniwe oddziaływanie źrenic na światło, objaw Romberga bardzo wybitny, wygładzenie fałdu nosowo-policzkowego lewego, porażenie lewej połowy podniebienia i objawy w kierunku bardzo znacznej niedomogi w zakresie kończyn dolnych. Odruchy kolanowe zniesione zupełnie. Przed dwoma tygodniami chory o własnych siłach nie mógł chodzić, obecnie pod wpływem leczenia wcieraniami szaruchy i podawania przetworów jodu chód się znacznie poprawił. Owrzodzenie na głowie, które zniszczyło blaszkę kostną zewnętrzną, pod wpływem maści kalomelowej Heydena zmniejszyło się znacznie i okazuje obecnie dążność do gojenia. W dalszym ciągu przedstawił kol. Reiss chorą, u której przed kilku miesiącami wytworzyło się owrzodzenie na podniebieniu twardem w pobliżu nasady zębowej. Brzegi owrzodzenia dość płytkiego ostre, dno nierówne, pokryte szarawym nalotem wypocinowym. Przy dotyku owrzodzenie mało bolesne. Kol. Reiss, przyjmując gruźliczą przyrodę, rozpoznaje zmianę tę jako początkowe ognisko wilka. Następnie przedstawił kol. Reiss kilkoletniego chłopca z wrzodem twardym wargi dolnej i obrzękiem swoistym gruczołu podszczękowego lewego. — Następnie przedstawił kol. Borzęcki: 1) chorą z zmianami kiły późnej na podudziu lewem w formie: *lues gumosa serpiginosa*. Chora przed kilku tygodniami porodziła dziecko zdrowe. 2) Chorego, u którego skóra tułowia i kończyn z wyjątkiem przegubów pachowych, łokciowych, pachwinowych i kolanowych pokryta jest pokładem czarnych wielokątnych, zrogowaciałych, bardzo trudno oddzielających się łusek. Sprawa trwa od wczesnej młodości. Rozpoznano: *Ichthyosis serpentina*. 3) Chorą z wrzodem twardym, umiejscowionym między wargą lewą sromową większą a mniejszą i charakterystycznem powiększeniem gruczołów pachwinowych. — Następnie przedstawił kol. Gogulski kilku chorych po operacyach plastycznych, wykonanych przez siebie z powodu wilka nosa i twarzy. Operacye te wykonywał kol. Gogulski częściowo sposobem Diffenbacha, częściowo z pomocą własnych modyfikacyi. Pomimo wielkich trudności w wytworzeniu przegrody nosowej udało się kol. Gogulskiemu w ostatnich operacyach plastycznych trudności te pokonać o tyle, że nosy takie zupełnie się nie zapadają i chorzy mogą zupełnie swobodnie oddychać. Wyniki zaś otrzymane po operacyach, dokonanych tą metodą, pod względem kosmetycznym nie pozostawiają nic do życzenia.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Stopczański.*

VII. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

Jakób z Biskupic umierając zostawił przy katedrze aż trzech lekarzy. Byli nimi Sabinka, Solfa i Mikołaj z Wieliczki, doktor filozofii i medycyny, scholastyk kielecki i profesor medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim [121]. Tego ostatniego powołano do kapituły w r. 1551 na psałterzystę katedralnego po śmierci Bernarda a Radis. Już w r. 1552 uwalniają go członkowie kapituły od obowiązkowego pilnego brania udziału w posiedzeniach, tłómacząc ten swój krok wiekiem i powagą Mikołaja, jako też niemniej zbytniem przeciążeniem jego z powodu czynności lekarskich („....quod sit vir gravis et maturus, occupatusque in curandis excellentium personarum aegritudinibus [122])“, które mu nie pozwalają pilnie uczęszczać na posiedzenia, zwoływane nierzadko dla załatwienia błahych spraw.

Wielka przykrość spotkała Mikołaja z Wieliczki w r. 1554. Jako egzekutor testamentu Feliksa, sufragana wileńskiego i biskupa kaffeńskiego, zajął stanowisko odmienne, aniżeli tego wymagał biskup Andrzej Zebrzydowski, za co go tenże kazał z pogwałceniem praw i przywilejów, przysługujących profesorowi uniwersytetu — odprowadzić do więzienia, z którego go dopiero po upływie dwóch dni za wstawieniem się kapituły uwolnił [123]).

Mikołaj wchodził w skład kapituły zaledwie osiem lat, gdyż umarł w r. 1559; a kanonicy nadali osieroconą przez śmierć jego psałteryę Stanisławowi Piotrowi Opatowiczowi, bakałarzowi nauk wyzwolonych i prebendarzowi kaplicy św. Trójcy w katedrze na Wawelu [124]).

Łętowski [125]) wymienia pod rokiem 1552 kanonika kapituły katedralnej krakowskiej imieniem Zygmunt, który miał być zarazem i lekarzem. Nasze poszukiwania w tym kierunku naprowadzają nas na myśl, że tutaj najprawdopodobniej zachodzi pomyłka, gdyż lekarza takiego nie mogliśmy odszukać pomimo wielokrotnych poszukiwań w aktach kapitulnych. Spotykamy się wprawdzie pod wspomnianym rokiem wielokrotnie z doktorem Zygmuntem, lecz zawsze idzie tu o Zygmunta ze Stężyc, doktora praw, którego akta bardzo często mienią w ten sposób. Nigdzie jednak nie zauważyliśmy, by obok tego imienia się znajdował dopisek „medicinae doctor“. Jeżeli zaś przypadkiem Łętowski takie miejsce odszukał, natenczas nie ulega wątpliwości, że tu miała miejsce pomyłka, których zresztą w tych aktach jest niemało.

Po powołaniu Adama Konarskiego na biskupstwo poznańskie począł czynić zabiegi o opróżnioną w ten sposób kanonię raciborowicką Piotr z Poznania, Poznańczykiem zwany [126]). Przeciw przyjęciu jego protestował jednak Stanisław z Szamotuł, wikary i penitencyaryusz kapituły, motywując swoje stanowisko tem, że Piotr jest „ex plebeo ordine natus“, jako też niemniej i tem, że prebenda raciborowicka nie należy do rzędu tych, które przeznaczono dla doktorów pochodzenia plebeuszowskiego. Sprawa oparła się o króla, który popierał dążenia Poznańczyka. Lecz członkowie kapituły postanowili go oddalić, jakkolwiek „....id sacra Maiestas Regia studiosius litteris suis urgere videatur“...., nie chcąc przekraczać przepisanej liczby kanoników nieszlacheckiego pochodzenia („quominus plures plebei quam sunt isti quattuor ad Ecclesiam admittantur“). Mimo jednak tego nieprzychylnego stanowiska kapituły udało mu się uzyskać kanonię raciborowicką, a dotyczący „instrument“ odczytano 18-go grudnia 1562 r. Z tego instrumentu dowiadujemy się, że Piotr osiągnął stopień doktora medycyny w Bolonii r. 1545 [127]). Przysięgę przepisaną dla obejmujących kanonie złożył w r. 1563. Przy sposobności tego aktu wyszło na jaw, że tę samą kanonię raciborowicką nadano już poprzednio innemu kanonikowi, a mianowicie Hieronimowi Chojeńskiemu. Pozbawiony w ten sposób prawa głosowania i brania udziału w posiedzeniach na równi z innymi członkami kapituły, opuścił ją Poznańczyk. Czując się zaś przez to pokrzywdzonym, czynił zabiegi, by ten dla siebie przykry stosunek do kapituły zmienić, co się mu powiodło dopiero po upływie czterech lat. W r. 1567 doszła — po poprzedniem porozumieniu się ze Stolicą apostolską — do skutku ugoda pomiędzy nim i Chojeńskim z jednej, a kapitułą z drugiej strony, na podstawie której przyznano mu prawa, przysługujące kanonikom katedry na równi z innymi członkami kapituły. W tymże samym roku postanowiono mu nadać wieś Bierzanów i dom kanoników, opróżnione przez powołanie na biskupstwo płockie ich dotychczasowego posiadacza Piotra Myszkowskiego. Gdy się jednak ten ostatni ta-

[121]) Rocznik Wydz. lek. T. II. str. 46 i T. III. str. 444. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 28. — Muczkowski: Liber promotionum. — Grabowski: Starożytne wiadomości. str. 261. — Majer: Wiadomości życia prof. str. 32. — Oettinger: Rys dziejów wydz. lek. str. 147. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum.

[122]) Acta actorum: vol. V. fol. 34.

[123]) Hipler et Zakrzewski: Hosii epistolae. T. II. Nr. 1252. Ap. 66.

[124]) Acta actorum: vol. V. fol. 358 i. v.

[125]) Katalog. T. IV. str. 316.

[126]) Rocznik Tow. Warsz. Przyj. N. T. VII. str. 177. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 142. T. II. str. 29. — Rocznik wydz. lek. T. II. str. 47. T. III. str. 438. — Wiszniewski: Hist. lit. pol. T. III. str. 28. — Muczkowski: Liber prom. p. 185 et 144. — Majer: Wiadomości z życia profesorów. str. 39 i 40. — Łukaszewicz: Hist. szkół. T. III. str. 28. — Grabowski: Star. wiadomości. str. 224. — Łętowski: Katalog. T. III. str. 488—490. — Oettinger: Rys dziejów. str. 172—174. — Hipler et Zakrzewski: Hosii epistolae. T. II. — Wisłocki: Liber diligentiarum. — Kośmiński: Słownik. — Lachs: Lekarz szkolny przy Uniw. Jagiell. (Przegląd lekarski z r. 1903).

[127]) Acta actorum: vol. V. fol. 470.

kiemu nadaniu sprzeciwił, odebrano mu jedynie dom kanoników pod pozorem, że mieszkając w Płocku, nie może się nim należycie zająć. Myszkowski się jednak i temu sprzeciwił, a sprawę załatwiono ostatecznie w drodze ugody po wdaniu się w nią króla i stolicy apostolskiej[128]).

Przy rozdzielaniu dóbr kapitulnych otrzymał Poznańczyk w r. 1572 wieś Wąssów, którą jeszcze tego samego roku zamienił na Zielonki. Te ostatnie nadano jednak już w r. 1574 kanonikowi Erazmowi Mielińskiemu, pozostawiając Piotrowi w zamian za nie Węgrzyce, przy których się utrzymał zaledwie dwa lata, bo już przy najbliższym podziale dóbr odebrano mu je na korzyść kustosza Brodzińskiego, a jemu przydzielono Grembałów[129]), przy którym pozostał do końca życia swojego, t. j. aż do roku 1579. Jako dzień jego śmierci podaje Łętowski 23-go września, gdy go Oettinger umieszcza pod 22-go września, co także i Kośmiński powtórzył. Pogrzeb odbył się 1-go października. Kanonię i prebendę Raciborowice nadano Marcinowi Skarszewskiemu, Grębałów Jakóbowi Milewskiemu, a dom kanoników („in platea canonicali octavam ab acie in sinistra parte e castro eunti sitam“) Mikołajowi Myszkowskiemu[130]).

Egzekutorem testamentu zamianował Piotr z Poznania innego lekarza przy katedrze krakowskiej, mianowicie Marcina z Pilzna.

Marcin z Pilzna[131]), zwany także Glickim (Glicius)[132]) Marcinem, wstąpił do katedry w r. 1564 — już jako proboszcz kościoła WW. Swiętych, i jako bakałarz teologii,— obejmując urząd kaznodzieja katedralnego. Szczególniejszym swoim darem wymowy zwrócił wkrótce na siebie powszechną uwagę. Gorliwością zaś, zapałem, a czasem i bezwzględnością, która mu pozwalała czasem zapomnieć i o miejscu, z którego przemawiał, ściągał na siebie nierzadko upomnienia ze strony kapituły, by się hamował („....ut nihil ex privato odio nihil ex invidia sed omnia graviter et meditata appareant ex amore et bono zelo processisse, vergantque in aedificationem et exemplum, non in destructionem et scandalum auditorum[133])“.... Te i inne okoliczności spowodowały go też do złożenia tej godności w roku 1579. Kanonikiem katedralnym został w r. 1575, obejmując kanonię i prebendę Łętkowice, — opróżnioną przez śmierć Michała z Wiślicy, — nie jako doktor medycyny, lecz jedynie jako doktor teologii (tanquam theologiae doctor[134]). W r. 1580 objął z rąk Jakóba Montana urząd prokuratora kapituły[135]), z którego już w następnym roku zrezygnował, a w r. 1585 zaszczycono go godnością „censoris morum[136])“, którą zatrzymał aż do końca życia. Z dóbr kapitulnych posiadał następujące: w roku 1580 nadano mu Wolę Zacharyaszowską, gdy jej dotychczasowy posiadacz Paweł Dębski otrzymał Pychowice, a prawie równocześnie został prowizorem domu kanoników („in postico aediculae S. Petri sitae“). W r. 1581 obejmuje Pychowice, odstępując Wolę Albertowi Szydłowskiemu; w r. 1585 zaś dostaje za Pychowice, które nadano Mikołajowi Myszkowskiemu, wieś Brzezie, odebraną znowu Pawłowi Dębskiemu. W tymże samym jeszcze roku nadano Brzezie Janowi Gałczyńskiemu, wynagradzając Marcina wsią Szymonowice. Lecz i przy Szmoniowicach utrzymał się zaledwie rok, gdyż je nadano Albertowi Szydłowskiemu, przydzielając Grembałów — Glickiemu, po powołaniu dotychczasowego jego posiadacza Wawrzyńca Gościckiego na biskupstwo kamienieckie[137]).

Umarł w poniedziałek 23-go sierpnia r. 1591, mianując egzekutorami testamentu swojego Michała z Wiślicza i Mikołaja Szadka i przekazując na katedrę krakowską 140 fl., 100 fl. na dalsze prowadzenie budowy wieży przy kościele WW. Swiętych w Krakowie i 200 fl. na anniwersarz dla siebie. Kanonię i prebendę Łętkowice (Lenthkowice) objął jako jego następca w kanonii doktor teologii Stanisław z Pinczowa, a wieś Grembałów otrzymał Bartłomiej Zawadzki[138]).

Gdy biskup krakowski Filip Padniowski zrezygnował w r. 1568 z prebendy Wawrzyńczyce, opróżnił przez to jedną kanonię dla doktora teologii, o którą się ubiegał jego własny lekarz przyboczny, doktor teologii, filozofii i medycyny, fizyk królewski Jakób Montan[139]), któremu już w r. 1562 kapituła katedralna nadała archidyakonat lubelski, gdy się takowy opróżnił przez śmierć Pawła Chmielowskiego[140]). Większość kapituły poparła jego zabiegi, lecz gdy odczytano instrument jego przyjęcia do katedry, zaprotestowali przeciw temu Marcin Kromer i Franciszek Krasiński, zarzucając przyjęciu temu sprzeczność z treścią bulli papieża Leona X i z rozporządzeniem króla Jana Alberta. Protestujący znaleźli poparcie i ze strony innych członków kapituły, a mianowicie kanoników Jana Kłodzińskiego i Jana Radomskiego. Ostatecznie cofnęli jednak protestujący swoje zastrzeżenie i Montan mógł w polowie roku 1569 złożyć przepisaną przysięgę.

W dwa lata po wstąpieniu do katedry obejmuje on już prowizyę domu kanoników, gdy się jej Franciszek Krasiński wtedy zrzekł. Innych dóbr katedralnych nie otrzymał aż do roku 1575. Dopiero wtedy nadano mu Wolę Zacharyaszowską (Volia Zacharzowska), którą już w następnym roku zamienił na wieś Pychowice. Lecz i przy Pychowicach nie utrzymał się długo, bo jeszcze w r. 1576 utracił je na rzecz archidyakona Stanisława Krasińskiego, a sam objął Wąssów.

W r. 1575 obierają go członkowie kapituły swoim prokuratorem, z której to godności w trzy lata później rezygnuje; lecz kanonicy zaszczycili go mimo to ponownym wyborem. Jako dowód zaś, jak gorliwie sprawował swój urząd, może posłużyć okoliczność, że mu członkowie kapituły niejednokrotnie swoje uznanie wyrażali, a raz przyznali mu nawet wynagrodzenie pieniężne w sumie 10 grzywien.

W roku 1576 poruczono mu obowiązki „fabricatoris ecclesiae cathedralis“.

Umarł po krótkiej chorobie w r. 1580 w nocy z dnia 19-go na 20-go lutego, mianując egzekutorami swojego testamentu wspomnianego wyżej archidyakona Stanisława Krasińskiego i kanonika Łukasza Podoskiego. Kośmiński podaje, że Montan umarł około r. 1580. Niepewność ta pochodzi prawdopodobnie z powodu napisu na nagrobku, który opiewa, że nagrobek postawiono 20-go lutego r. 1580, co prawdopodobnie spowodowało Kośmińskiego do przypuszczenia, że Montan umarł mniej więcej około tego czasu. Napis jednak na nagrobku zawiera pewną w tym kierunku niedokładność, gdyż członkowie kapituły powzięli, jak to z aktów wynika, dopiero w r. 1582 uchwałę uczczenia pamięci zmarłego przez umieszczenie tablicy pamiątkowej tak, że data tu podana jest właściwie datą śmierci, a nie datą ustawienia nagrobka Montana. Zwłoki jego pochowano w kościele katedralnym „iuxta fores sacelli rosarum in quo olim reverendissimus Philippus Padniewski episcopus crac. requiescit“. Z testamentu wynika, że zapisał 1039 flor. pol. na katedrę i na aniwersarz dla siebie, dla Piotra z Poznania, Zygmunta Augusta itd. Następcą Montana w kanonii obrano Grzegorza Zamojskiego, wieś zaś jego Wąssów oddała kapituła Stanisławowi Krasińskiemu, a dom kanoników Zbigniewowi Ziołkowskiemu[141]).

Po śmierci Montana nie powoływała kapituła przez ciąg trzech lat żadnego nowego lekarza do swojego grona. Akta wspominają wprawdzie pod rokiem 1581 o chirurgu Mikołaju Stoczyńskim[142]) z Iłży, — któremu biskup Piotr Myszkowski odstąpił grunt, graniczący z górą zamkową w Iłży, — lecz ten lekarz był z największem prawdopodobieństwem lekarzem świeckim, za czemby przemawial jego przydomek „chirurgus“ i ta okoliczność, że mu akta nie nadają żadnego innego tytułu. Czy on pozostawał w jakichkolwiek stosunkach lekarskich do kapituły, nie można stanowczo twierdzić na podstawie krótkiej zapiski. Za przypuszczeniem podobnem przemawiałaby jednakowoż darowizna Piotra Myszkowskiego.

Z nowym lekarzem spotykamy się w gronie kanoników krakowskich dopiero w roku 1583, kiedy przystąpiono do obsadzenia

[128]) Acta actorum: vol. VI. f. 135.

[129]) Acta actorum: vol. VI. fol. 209 i. v. et 367.

[130]) Acta actorum: vol. VII. f. 129, 139 et 140.

[131]) Starowolski: Monumenta. pag. 47. — Siarczyński: Obraz pan. Zygm. III. T. II. str. 82. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 255. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 30. — Łętowski: Katalog. T. II. str. 253—156. — Kośmiński: Słownik. — Wisłocki: Liber diligentiarum. — Giedroyć: Źródła. — Lachs: Lekarz szkolny przy Uniw. Jag.

[132]) W aktach naszych nie znajdujemy nigdzie „Glicius“, natomiast często czytamy „Martinus Pilsno“, lub też samo „Pilsno“.

[133]) Acta actorum: vol. VI. f. 81 v. et 82.

[134]) Ibidem. f. 336. Instrument nadania kanonii nie dodaje Marcinowi z Pilzna wogóle ani razu tytułu doktora medycyny.

[135]) Acta actorum: vol. VII. f. 166 v.

[136]) Ibidem: f. 427 v.

[137]) Ibidem: f. 171, 176, 406, 415 et 441.

[138]) Acta actorum: vol. VIII. p. 388, 389, 391, 398, 452, 517.

[139]) Starowolski: Monumenta. p. 43. — Arnold: Druga rozprawa o hojności królów. str. 261. — Rocznik wydz. lek. T. II. str. 47. — Majer: Wiadomości z życia profesorów. str. 33. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 29. — Oettinger: Rys. str. 117. — Kośmiński: Słownik. — Windakiewicz: Materyały do hist. Pol. w Padwie. str. 141. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne.

[140]) Acta actorum: vol. V. fol. 475 v.

[141]) Acta actorum: vol. VI. et VII.

[142]) Acta actorum: vol. VII. f. 240.

kanonii Węgrzyce (Vegrczo). Ubiegał się bowiem o nią i otrzymał ją doktor filozofii i medycyny Tomasz Ragusini (Thomas Vincentius Natalci de Epidauro seu Ragussio), o którym Łętowski[143]) zaledwie kilku tylko słowami wspomina i co także Kośmiński[144]) dosłownie powtarza. Ragusiniego promowali dnia 20-go lipca r. 1572 w katedrze bolońskiej Mikołaj Turchini i doktor praw Laurentius Campegii, archidyakon tejże katedry. Kanonię doktorską osiągnął jedynie na tej podstawie („ut et tanquam philosophiae et medicinae doctor“...), że był doktorem filozofii, gdyż kanonię lekarską, jako nie wymienioną w bulli papieża Leona X, należało się zdaniem członków kapituły uważać za nie istniejącą „quiquidem locus et canonicatus pro doctore medicinae iuxta dispositionem statuti regni per serenissimum olim Joannem Albertum Poloniae regem etc. editi et per sanctissimum olim papam Leonem decimum speciali bulla de recipiendis ad ecclesias cathedrales quinque doctoribus promulgata, confirmati in hac ecclesia cathedrali cracoviensi ad praesens vacet sitque vacuus[145])“.

Łętowski[146]) umieszcza go dopiero pod rokiem 1585. co, jak widzieliśmy, o tyle nie odpowiada rzeczywistości, że Ragusini już o dwa lata wcześniej był przy katedrze.

Czy Ragusini usprawiedliwił swoje zabiegi około osiągnięcia kanonii krakowskiej? Na to pytanie wymownie bardzo odpowiadają akta kapituły, w których się tylko zaledwie tu i ówdzie spotykamy z jego nazwiskiem. Co więcej: już w r. 1586 otrzymuje Ragusini pozwolenie na wyjazd do Włoch, poruczając swoje zastępstwo w sprawach kapituły Piotrowi Goreczyńskiemu, skąd więcej nie miał wrócić do Krakowa. Tablica pamiątkowa w kościele pabianickim z r. 1588[147]), uwieczniająca nazwiska ówczesnego grona kanoników krakowskich, wymienia wprawdzie pośród nich nazwisko doktora Nataleusa, lecz nie ulega wątpliwości, że Ragusini już wtedy jedynie „de nomine“ był kanonikiem krakowskim. Gdy zaś pomimo wielokrotnych wezwań do powrotu i do objęcia swoich obowiązków nie uczynił temu żądaniu zadość, odebrano mu 13-go marca r. 1589 zaocznie kanonię Węgrzyce i nadano ją Janowi Zorzyńskiemu[148]).

Po rezygnacyi Adama Pieczychowskiego z kanonii i prebendy dojazdowskiej, obrano w r. 1588 jego następcą Stanisława Fugelwedera[149])—syna szlachcica Andrzeja Fugelwedera i Maryi Glacównej, również szlacheckiego pochodzenia,—archidyakona warszawskiego, proboszcza miechowskiego, kanonika wileńskiego i płockiego, lekarza kapituły katedralnej poznańskiej i sekretarza królewskiego. Dziwnym zbiegiem okoliczności nie wymieniają go akta kapituły krakowskiej, — pomimo, że przez ciąg 15 lat stosunkowo dosyć często z jego nazwiskiem się spotykamy, — ani razu jako lekarza. Nie czyni tego także instrument jego przyjęcia na kanonika krakowskiego, z którego w dodatku wynika, że mu nadano nie kanonię lekarską, lecz jedynie szlachecką. Wobec tego byłoby blizkiem przypuszczenie, że Fugelweder wogóle nie był lekarzem tembardziej, że go za takiego i wielu innych badaczy nie uważa (Siarczyński, Łętowski, Oettinger, Kośmiński). Gdy jednak Gąsiorowski[150]), który swoje badania przeprowadził na podstawie aktów kapituły poznańskiej, — twierdzi, że był lekarzem, można na tem polegać.

Kanonię krakowską i prowizyę domu kanoników nadano Fugelwederowi po zapewnieniu z jego strony, że jest szlachcicem. Ponieważ jednak forma wymagała zapewnienia o pochodzeniu szlacheckiem ubiegającego się przez wiarygodnych świadków, przeto uczynił jej zadosyć, prowadząc jako takich Jakóba Wyczychowskiego z Łomży, Zygmunta Sowczowskiego z Pilzna, Jana Nakielskiego z Iclowskiego i Macieja Tłuczowskiego z Pilzna[151]). Piastowanie tak wielu godności, a szczególniej sekretaryatu królewskiego, pociągnęło za sobą częste wyjazdy Fugelwedera. Gdy zaś nie chciał zaniedbywać spraw kapituły, ustanowił swoim zastępcą (prokuratorem) dla spraw katedry Szydłowskiego. Z dóbr nadano mu w r. 1590 Wolę Zacharyaszowską i dom kanoników („in piatea canonicali iuxta collegium artistarum“), który już w następnym roku odstąpił Wincentemu Romiszewskiemu, obejmując sam ten, który się opróżnił z powodu śmierci Jana Piotrowskiego. Umarł w r. 1603. O spadek po nim ubiegało się równocześnie kilku petentów, a kapituła odbyła pierwej kilka posiedzeń, zanim doszła do skutku ugoda pomiędzy jej członkami, na mocy której prebendę dojazdowską nadano Jakóbowi Łempickiemu, doktorowi praw i sekretarzowi królewskiemu, a dom kanoników („domus canonicalis in parte sinistra plateae canonicalis sita“) Pawłowi Dębskiemu, sufraganowi laodyckiemu, kanonikowi i wikaremu krakowskiemu[152]). (Dok. nastąpi).

[143]) Katalog. T. IV. str. 3.
[144]) Słownik.
[145]) Acta actorum: vol. VII. f. 329 v. et 330.
[146]) Katalog. T. IV. str. 3.
[147]) M. Baruch: Pabianice, Rzgów i wsie okoliczne. Warszawa, 1903.
[148]) Acta actorum: vol. VIII. p. 143—146.
[149]) Siarczyński: Obraz pan. Zygm. III. T. I. str. 128.
[150]) Historya kanonikatu. str. 323.
[151]) actorum: vol Acta VIII. p. 35—39.
[152]) Acta actorum: vol. IX.

VIII. † Herman Nothnagel

zmarł nagle dnia 7 b. m. Szkoła wiedeńska, w której od 23 lat ostatnich bez przerwy zmarły nauczał, a w zawodzie tym nauczycielskim godnym był następcą Škody, Bambergera i Oppolzera, ciężką poniosła stratę.

Bez przesady, — jaka towarzyszy i wydawać zwykła przedwczesne wyroki nad świeżo otwartą mogiłą, powiedzieć można, że Nothnagel był jedną z tych nielicznych postaci, w których niezwykłe dary ducha jednoczą się z szlachetnymi przymiotami serca w jednolitą, harmonijną całość, unoszącą człowieka, a zwłaszcza lekarza, na takie wyżyny, na jakie spoglądać trzeba z prawdziwą czcią i podziwem. Pamiętne słowa, wypowiedziane przed laty, „że tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem“, były dewizą całego jego życia i jego niezmordowanej pracy zawodowej; im zawsze pozostał wiernym, a jakkolwiek otoczony sławą znakomitego uczonego i klinicysty, nie ograniczał się nigdy przy łożu chorego na samem postawieniu trudnego rozpoznania, nie szukał chluby i zadowolnienia własnej ambicyi w rozwiązywaniu zawiłych dla młodszych lekarzy zagadek, lecz stawiał zawsze i wszędzie, czy to w klinice, czy w praktyce prywatnej, dobro chorego na pierwszem miejscu, nietylko wiedzą, ale i ciepłem, unoszącem ponad troski codziennej walki, słowem, niósł ulgę cierpieniu. Wrodzona dobroć, skromność, uczynność, tkliwe na nędzę i ogarniające wszystkich prawdziwą miłością bliźniego sece, — to główne przymioty, które przedstawiał Nothnagel jako człowiek.

Na działalność naukową Nothnagla wywarli wpływ znaczny: Traube, Du Bois-Reymond, Kussmaul, Virchow i Leyden, których wiernym był uczniem i którym zawsze w wykładach swych uniwersyteckich do końca życia poświęcał zawsze słowa najwdzięczniejszej pamięci; od nich przejął on ścisłość w klinicznem badaniu, opartą z jednej strony na podstawach ściśle anatomo-patologicznych, z drugiej zaś na doświadczeniu na zwierzęciu. Obdarzony znakomitą wymową, umiał porywać za sobą słuchaczy i przykuć uwagę uczniów do swego przedmiotu; to też nierzadko widzieć można było zasiadających na ławkach szkolnych starszych osiwiałych już w zawodzie lekarzy, przysłuchujących się z zapałem wykładom ulubionego dawnego nauczyciela. Wykład jasny, przejrzysty i potoczysty w pierwszym rzędzie uwzględniał potrzeby lekarza-praktyka, nie gubił się w ciemnych i niedostępnych dla początkujących słuchaczy hipotezach, ale zakreślał szerokie, wielką miłością prawdy i cierpiącej ludzkości nacechowane poglądy. Nothnagel był przeciwnikiem ciągłego — dziś tak modnego — podziału medycyny wewnętrznej na coraz to nowsze specyalne gałęzie, wskazywał natomiast, że podstawy jej i dalszego rozwoju szukać należy w fizyologii i patologii doświadczalnej, która zwalczyć musi dzisiejszy nihilizm terapeutyczny i przynieść dla cierpiącej ludzkości błogie w przyszłości owoce. Pojmując, podobnie jak zmarły niedawno Billroth, szczytnie i prawdziwie po obywatelsku zawód nauczycielski, wykształcił i wychował cały zastęp zdolnych uczniów, wśród których niektórzy zajmują dziś poczestne w nauce stanowiska, jak: Jaksch, Lorenz, Mannaberg, Hammerschlag, Pick, Frankl-Hochwart i wielu innych.

Jako uczony zostawia po sobie zmarły obfity plon literacki. Niespożytej siły i wytrwałości, pomimo zajęć klinicznych i rozległej praktyki, nie wypuszcza pióra z ręki do ostatniej chwili. Jedną z jego pierwszych prac jest wydana w czasie wojny francusko-niemieckiej, w której jako lekarz wojskowy brał udział, rozprawa o podurowych schorzeniach układu nerwowego. Niedługo później opracowuje Nothnagel wspólnie z Rossbachem znany i swego czasu ogromnem powodzeniem wśród lekarzy cieszący się podręcznik farmakologii (*Handbuch der Arzneimittellehre*), który doczekał się 7 wydań i licznych tłómaczeń na obce języki. W zbiorowym podręczniku Ziemssena umieszcza rozprawy o padaczce, zapaleniu nerwów, krwotokach i rozmiękczeniu mózgu, o bolu i zaburzeniach czucia skórnego i wiele innych. W *„Studien über die Funktionen des Gehirnes“* zbija dotychczasowe poglądy Flourensa o niepodzielnej i równorzędnej czynności wszystkich części kory mózgowej, a toruje drogę nowej nauce Hitziga, Goltza, Fritscha i Munka o ścisłej lokalizacyi kory mózgowej. Własne swe doświadczalne badania nad ośrodkami kory streszcza w wydanej w roku 1879 pracy, p. t. *„Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten“*, w której dotychczas po raz pierwszy w nauce budaje na podstawie klinicznego doświadczenia symptomatologię pojedynczych, rozmaicie zlokalizowanych ognisk chorobowych w mózgu; praca ta, pomimo iż nie doczekała się późniejszych wydań, nie straciła i dzisiaj wielkiego znaczenia i śmiało rzec można przyczyniła się znacznie do rozwoju nowoczesnej chirurgii mózgu. W następnych latach umieszcza Nothnagel cenne rozprawy prawie ze wszystkich działów medycyny wewnętrznej, pomieszczane w różnych czasopismach. W roku 1894 podejmuje się olbrzymiego zadania, a mianowicie staje na czele znanego 24 tomowego podręcznika „Szczegółowej patologii i terapii“, do którego sam opracowuje choroby jelit i otrzewnej. Pomimo, iż już 12 lat upłynęło od chwili ukazania się na półkach księgarskich pierwszych tomów, dzieło to jeszcze nie wyszło w całości; śmierć, zabrawszy autora, nie pozwoliła mu spoglądać na ostateczne wykończenie umiłowanego dzieła kilkunastu lat życia. Kto zdaje sobie sprawę dokładnie, ile zabiegów, energii i cierpliwości wymaga żmudny obowiązek redaktora, ten należycie potrafi ocenić ogromny trud, jaki nałożył sobie Nothnagel podobnem na tak szeroką skalę założonem wydawnictwem; do przyszłości należeć będzie szczegółowa jego ocena; dziś jednak już powiedzieć można, że stanowić ono będzie na długie lata, pomimo ciągłego postępu wiedzy i coraz to nowych odkryć, podstawowy i źródłowy zbiór wiadomości naszych na polu medycyny wewnętrznej, zapewniając Nothnaglowi na kartach dziejów sztuki lekarskiej jedno z miejsc najpoważniejszych.

L. W.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

O konieczności objęcia ustawą sprawy używania promieni Roentgena pisze w 27 Nrze „Medizinische Klinik“ (rok 1905, str. 684) Dr. Hennecart z Sedanu. Bieg myśli tej krótkiej, ale nadzwyczaj ciekawej notatki jest następujący:

Powszechnie jest już dzisiaj wiadomo, że promienie Roentgena, oświetlając ustrój, wywołują zmiany nietylko na jego powierzchni, ale także i w jego głębi. Działają zatem także i na narządy rodne męzkie i niewieście. Albers (Schöneberg) wykazał wpływ na jądra świnek morskich; Feldon-Brown — na jądra mężczyzny; Halbstädter widział ujemny wpływ promieni Roentgena na jajniki samicy królika, a de Courmelles podaje, że naświetlając okolicę jajników u kobiety, można wywołać ten skutek, że miesiączka będzie coraz skąpsza, a wreszcie ustaje. Innemi słowy, można uczynić kobietę niepłodną, skoro można wywołać zanik jajników, a z nim ustanie miesiączki. Jak wiadomo, ustawa nie przeszkadza ani operatorowi (bez względu na to, czy nim jest lekarz, czy nawet laik) stosować X-promieni, jeśli tylko kobieta o tem wie i tego chce. Jeśli nadto kobieta, poddająca się naświetlaniu, jest zdrowa, to nawet karne dochodzenie na operatorze, choćby nim był i laik, jest niedopuszczalne. Co do ustawy cywilnej, to kobieta, zdrowa, czy chora, o ile prosiła o naświetlanie i na nie się zgodziła, nie może dochodzić żadnego odszkodowania. A więc tak, jak sprawa dziś stoi, można przy pomocy promieni Roentgena zupełnie bezkarnie czynić kobiety niepłodnemi. A jak wiadomo, przerwanie ciąży bez wskazania naukowego jest dotkliwie karane, chociaż kobieta, raz poroniwszy, może przecie niejeden raz jeszcze rodzić. Wobec zatem tego faktu, że promieni Roentgena wolno dziś używać każdemu, żąda autor zwołania międzynarodowej komisyi dla ujęcia tej sprawy z punktu widzenia prawniczego. Żąda stanowczo, żeby promienie Roentgena używać i stosować wolno było wyłącznie lekarzom, chociażby tylko dla ciężkich zmian, jakie często wywołują na skórze.

Stahr.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 lipca.

* Redaktor „Przeglądu lekarskiego“, dr. A. Kwaśnicki, wyjechał na letni wypoczynek. W sprawach redakcyjnych należy się zgłaszać do prof. dr. Stan. Ciechanowskiego (ul. Wielopole, 4).

* Senat Uniwersytetu lwowskiego uchwalił złożyć do rąk rządu memoryał o potrzebie wybudowania gmachu dla pomieszczenia klinik i innych instytucyi lekarskich, oraz założenia botanicznego ogrodu na obszarach Żelaznej Wody.

* Dnia 21 lipca odbyły się w Uniw. lwowskim następujące wykłady habilitacyjne na stopień docenta: dr. Kazimierza Panka (higiena): „O kanalizacyi“; dr. Modrakowskiego (farmakognozya): „O naparstnicy purpurowej“; dr. Markowskiego (anatomia): „O nerwach rdzeniowych“.

* Trzeci bezpłatny kurs dla służby odkażającej w gminach prowincyonalnych urządza fizyk m. Lwowa, dr. Legeżyński, od 7 do 12 sierpnia b. r. Z kursów poprzednich wyszło 150 zawodowo wykształconych funkcyonaryuszów sanitarnych, a musi być ich działalność pożyteczna, skoro w roku bieżącym od wiosny napływają zgłoszenia rozmaitych miast o przyjęcie na kurs ich kandydatów. Równocześnie odbędzie się kurs osobny dla naczelników posterunków żandarmeryi, na który zgłosiło się dotychczas 120 żandarmów. Część demonstracyjną będą oni odbywali wspólnie z wysłannikami gmin, nauka zaś praktyczna odbywać się będzie dla nich osobno. Kurs dla żandarmeryi odbył się w roku zeszłym po raz pierwszy, a uzyskane tam wiadomości zużytkowują żandarmi z wielką dla ludności korzyścią. Dają oni inicyatywę w starostwach do przeprowadzenia postępowego odkażania i pouczają o sposobach tej czynności; ich staraniom w znacznej mierze przypisać należy, że coraz częściej przeprowadza się po wsiach odkażenie w razie pojawienia się choroby zakaźnej, zamiast palenia rzeczy, jak to było dotychczas w zwyczaju. Stwierdzono datami statystycznemi, że w r. 1904 znacznie zmniejszyły się wypłacane włościanom wydatki, jako zwrot za spalone rzeczy.

W ten sposób fizykat m. Lwowa, dzięki dobrej woli i obywatelskiemu poczuciu, rozszerzył zakres działania swego daleko po za rogatki miejskie i oddaje całemu krajowi niespożyte usługi.

* Wydział lekarski Uniw. Jag. oświadczył się za dopuszczeniem kobiet-lekarzy do stanowisk asystentów przy katedrach uniwersyteckich.

* Dr. Wacław Kraszewski mianowany został ordynatorem szpitala św. Antoniego w Włocławku.

* Dr. Józef Górka mianowany został lekarzem okręgowym w Sędziszowie.

* Petersburscy lekarze, jak donosi „Syn Otieczestwa“, powzięli następującą rezolucyę: „Wskutek oświadczenia naszych kolegów polskich o trudnych warunkach, wśród których odbywa się ich praca zawodowa, a to dzięki panującemu tam systemowi rządzenia, lekarze petersburscy wyrażają swym kolegom polskim głębokie współczucie i wzywają ich do bratniej wspólnej pracy w imię odnowienia kraju i braterstwa narodów“.

* Kijowskie rzymsko-katolickie Towarzystwo dobroczynności zajęło się w roku bieżącym urządzeniem po dworach obywateli ziemskich pobytu letniego dla ubogich i osłabionych dzieci miejskich. Ten rodzaj kolonii letnich przyniósł odrazu błogie owoce. Towarzystwo rozmieściło 250 dzieci.

* Kosztem ziemstwa w Ufie została urządzona stacya pasteurowska, której kierownictwo zostało poruczone dr. Palczykowskiemu.

* Dr. Kirschner podał wyniki naukowe niemieckiej wyprawy, wysłanej przez rząd na Śląsk dla bakteryologicznego badania nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Ciecz mózgowordzeniowa była badaną 243 razy, w których znaleziono meningokoki Weichselbauma u 56,8%. Na 139 sekcyi stwierdzono drobnoustrój ten u 49,5%. Krew badano 420 razy i wykazano aglutynacyę w 50%. W śluzie nosowym i połykowym znaleziono meningokok u 23% chorych i 9% zdrowych.

* Między 9 a 15 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w Galicyi, mianowicie: w Chrzanowie (7), w Tarnowie (2). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: brzeżańskim (3 gm.), buczackim (2 gm.), cieszanowskim, drohobyckim (po 1 gm.), horodeńskim, jarosławskim (po 2 gm.), mościskim, myślenickim, przemyślańskim (po 1 gm.), rawskim (2 gm.), sanockim, śniatyńskim, staro-samborskim (po 1 gm.), stryjskim, tarnopolskim (po 2 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Brauer mian. został profesorem i dyrektorem kliniki lekarskiej w Berlinie. Doc. medycyny wewn. dr. Clemens mian. profesorem nadzwycz. w Freiburgu. Dr. Mayrhofer mian. prof. nadzwycz. i kierownikiem nowourządzonej kliniki dentystycznej w Gracu. Dr. Jores mian. prof. zwycz. anatomii patolog. w Akademii dla prakt. medycyny w Kolonii.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Fischer nadzw. prof. chirurgii, lat 50, zmarł w Strassburgu. Dr. Mieczysław Gabryałowicz, lat 42, w Tambowie. Dr. Schultz, prof. fizyologii, lat 41, zmarł w Berlinie. Prof. M. Elsner, spółpracownik w berlińskim instytucie chorób zakaźnych, lat 44, zmarł w Homburgu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 27. Rzętkowski: O czynności serca w świetle najnowszych badań. Poczobut: Ostry tężec przyranny; okres wylęgania od kilku do kilkunastu godzin; wyzdrowienie wskutek odjęcia członka.

— *Medycyna* Nr. 28. Trzciński: Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym (dok.). Hertz: O tracheotomii w suchotach krtani.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 139. Pawiński: O wpływie kąpieli, zwłaszcza zawierających kwas węglowy, na krwiobieg.

— *Przegląd felczerski* Nr. 14. zawiera: Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — Grypa — influenza.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 7. Žirovčić: Hysterična žena pred sudom radi klevetanja. Rogina: Epidemija griže (dysenterije) w kotaru Sv. Ivan-Zelina u g. 1904.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 29. Thomayer: Další pozorováni o skoliotické ischias. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Marčan: O tonické, sthenické a statické funkci labyrinthu (c. d.). Švehla: Příspevěk ku rozpoznani hostce svalů mezižebernich.

— *La Presse médicale* Nr. 55. Lévi: Zaburzenia opuszkowe *(bulbaire)* z uczuciem trwogi. Huguier: Odprowadzenie świeżych zwichnięć w stawie ramieniowym zapomocą sposobu prostego, szybkiego i niebolesnego.

Nr. 56. Ballet: Oddział bredzących w Hôtel-Dieu. Bardesco: Wycięcie nerwów w zgorzeli bolesnej członków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29 Elischer i Kentzler: O bakteryobójczej własności surowicy durowej. Kuttner: Czy gruźlica krtani jest wskazaniem do przerwania sztucznego ciąży? Kassel: Doświadczenia z nowym przetworem maślanki. Thumim: Patogeneza, objawy i rozpoznanie nieprawidłowego ujścia zwykłego moczowodu, lub nadliczbowych moczowodów u kobiety. Kelling: Odczyn surowicy krwi u rakowatych. Dunbar: Etyologia i swoista terapia gorączki siennej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 29. Weisser: Obecny stan dentystyki. Scherber: Przypadek pęcherzycy z niezwykłym przebiegiem. Sachsalber: Przyczynek do etyologii tłuszczyka i skrzydlika.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 29. Rille: O znachodzeniu się krętka bladego w kile. Siegel: Badania nad etyologią kiły. Lindemann: Wykazanie kwasu octowooctowego w moczu. Gierke: Rozmięknienie ścian pęcherza moczowego. Moszkowicz i Stegmann: Leczenie przerostu gruczołu krokowego promieniami Roentgena. Alexander: Leczenie choroby Basedowa antytyreoidyną Möbiusa. Uffenheimer: Istotna pierwotna perlica otrzewnej u dziecka. Derlin: Przyczynek do leczenia ostrego ropienia metodą zastoinową Biera.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 29. Oberländer: Leczenie przerostu gruczołu krokowego. Kionka: Powstawanie i istota dny. Pfeiffer i Friedberger: Dalsze badania nad przeciwniczem działaniem prawidłowej surowicy. Klingmüller: Postępy w leczeniu chorób skórnych. Clopatt: Przypadek nowotworu śródpiersia pomyślnie leczonego promieniami Röntgena. Cohn: Pierwotne, nie rzeżączkowe zapalenie cewki moczowej z uderzająco wielką liczbą prątków grypy. Impens: O miejscowem znieczuleniu.

Redakcya otrzymała. Trousseau: La fondation ophtalmologique Adolphe de Rotschild. Fliss: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. dr. W. Jaworskiego. Simon: O nietypowych i poronnych postaciach przestankowego chromania.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 29 (od dnia 16/VII do 22/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dziew. 20; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 11; zamiejscowych: męż. 10, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. —, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 24, obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**